

GUIDA ALL' ASSISTITO PER LE PRESTAZIONI IN REGIME DI ASSISTENZA SANITARIA IN FORMA RIMBORSUALE E DIRETTA

PRESTAZIONI EROGATE DIRETTAMENTE DAL FONDO E PREVISTE NEL "REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI"

Il Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo, di seguito il "Fondo Sanitario" o il "Fondo", privo di fini di lucro, nell'ambito dei valori mutualistici e di solidarietà sociale, ha scopo esclusivamente assistenziale ed è preposto ad erogare agli iscritti ed ai rispettivi familiari beneficiari, prestazioni integrative e sostitutive di quelle fornite dal Servizio Sanitario Nazionale. Tale finalità viene perseguita rendendo disponibile agli assistiti **due regimi di assistenza sanitaria**:

- a) assistenza sanitaria in forma rimborsuale: è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile dal Fondo (fatta salva l'ipotesi di accesso al network con le previste agevolazioni tariffarie senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal piano sanitario di riferimento.
- b) assistenza sanitaria diretta: è riconosciuta agli assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile dal Fondo, senza necessità di anticipare alcun importo, fatti salvi i limiti e le quote a carico ai sensi del Regolamento delle Prestazioni.

La presente guida si propone di supportare l'Assistito nell'accesso alle prestazioni sia in regime di assistenza in forma rimborsuale che diretta, fornendo in dettaglio i passaggi procedurali da seguire.

I. PRESTAZIONI IN REGIME DI ASSISTENZA SANITARIA IN FORMA RIMBORSUALE

A) COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Qualora l'Assistito preferisca non avvalersi delle strutture convenzionate rientranti nel network sanitario reso disponibile dal Fondo, ma riceva delle prestazioni presso diverse strutture da lui individuate, potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti prestabiliti dal Regolamento delle Prestazioni.

Per ottenere il rimborso, l'Iscritto, ricevuta la prestazione, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet del Fondo www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it, ed allegare la documentazione giustificativa di volta in volta prevista per le diverse fattispecie. In particolare devono essere trasmessi in originale, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

- prescrizione o certificazione di un medico intestata all'assistito;
- in caso di ricovero, copia autentica della cartella clinica, timbrata dall'ospedale/istituto di cura/clinica;
- i documenti di spesa intestati all'assistito, con espressa indicazione di tipologia e numero delle prestazioni effettuate, della data di emissione e degli onorari corrisposti;
- per le cure dentarie: l'apposito modulo "Dettaglio delle prestazioni odontoiatriche eseguite" predisposto dal Fondo compilato e sottoscritto dal medico dentista.

Nel caso di smarrimento dei documenti originali di spesa è possibile presentare la richiesta di rimborso corredata da:

a) "copia conforme all'originale" del documento di spesa che deve essere necessariamente rilasciata dal professionista/struttura emittente (fotocopia della matrice del documento + timbro e firma in originale dell'ente emittente + dicitura "copia conforme all'originale");

b) dichiarazione di smarrimento firmata dall'iscritto formulata sulla base fac-simile disponibile nella sezione "Moduli" del sito internet del Fondo. Ove ciascun singolo documento di spesa superi l'importo di €1.000 la dichiarazione va sostituita con la denuncia di smarrimento da effettuare alle Autorità di pubblica sicurezza.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi, con qualsiasi tipologia di busta, al seguente indirizzo, entro i termini previsti dallo Statuto:

Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Gioberti 33 - 31021 Mogliano Veneto (TV)

La somma spettante all'Iscritto è calcolata da Previmedical con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo e la liquidazione relativa sarà effettuata da parte del Fondo per il tramite di Previmedical.

B) LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

Dalla propria area riservata sul sito internet del Fondo www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it, l'iscritto può accedere alle funzionalità di richiesta on-line del rimborso. Detta funzionalità consente di effettuare la compilazione del modulo di rimborso con modalità telematiche. La compilazione del modulo è guidata, e consente l'indicazione da parte dell'iscritto di tutte le informazioni utili ai fini di procedere alla liquidazione dei rimborsi relativi alle prestazioni effettuate.

Al termine della compilazione on-line del modulo di rimborso, l'iscritto dovrà procedere alla stampa ed alla sottoscrizione dello stesso ed alla sua successiva trasmissione unitamente alla documentazione originale delle spese per le quali viene avanzata richiesta di rimborso.

A seguito della stampa del modulo, la richiesta effettuata (che potrà essere annullata in giornata da parte dell'assistito) sarà gestita presso la Centrale Operativa, che rimarrà in attesa di ricevere la versione cartacea del modulo, congiuntamente alla prescritta documentazione, per procedere all'avvio della fase liquidativa.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § I, lett. A).

C) LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria area riservata sul sito internet del Fondo www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it (AREA ISCRITTI), l'iscritto, previa

autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, per ogni rimborso verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso
- tipologia prestazione medica
- persona interessata (iscritto o familiare)
- totale rimborso.

D) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

In aggiunta al servizio di consultazione on line dello stato di elaborazione della propria pratica, è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

Per usufruire del servizio **"SEGUI LA TUA PRATICA"**, l'Assistito deve semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare sul modulo di adesione al momento dell'iscrizione o, anche successivamente, accedendo alla propria area riservata sul sito internet del Fondo o indicandolo nel modulo di rimborso in caso di variazioni. In questo modo, l'iscritto riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione.

In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'iscritto riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta.

E) MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE QUOTE DIFFERITE

Entro il 30 giugno di ogni anno, a seguito dell'approvazione del bilancio relativo all'esercizio precedente e sulla base del risultato di esercizio della gestione di pertinenza, il Fondo provvederà all'eventuale liquidazione della quota di rimborso differita, come specificato nel Regolamento del Fondo, sotto il Capitolo "Rimborsi", con priorità di erogazione delle prestazioni fino alla

concorrenza della cd “ soglia delle risorse vincolate” prevista dal D.M. 27/10/2009 nonché per quelle sostenute dagli iscritti portatori di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 5/2/1992 n. 104.

Ove non consegua l’integrale liquidazione della quota residua, il rimborso avviene in misura proporzionale alla parte rimanente della quota stessa.

II. PRESTAZIONI IN REGIME DI ASSISTENZA SANITARIA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Iscritto **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** del Fondo, per ottenere la relativa autorizzazione.

Di seguito, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

Si precisa altresì che ogni contatto preso con la Centrale Operativa dovrà riguardare una singola persona ed un solo evento patologico.

A) RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

Prima del ricovero/intervento chirurgico

a.1.1 L'Autorizzazione

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Iscritto **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa** per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa del Fondo, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici:

dall'Italia: 800.083.778 numero gratuito da telefono fisso

199.28.48.37 da telefono cellulare

dall'estero: +39 041.591.50.55

In alternativa l'iscritto potrà effettuare la preattivazione con modalità telematiche avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line**"** disponibile sul sito internet del Fondo www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it (AREA ISCRITTI).

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa del Fondo con un preavviso di 24 ore lavorative.

La Centrale Operativa del Fondo è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- codice fiscale dell'iscritto (caponucleo)
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione
- prestazione e data di effettuazione della stessa
- struttura/medico convenzionata/o eventualmente prescelta/o.

L'Assistito all'atto della richiesta di presa in carico **dovrà altresì trasmettere** via fax (numero 041.590.73.78) alla Centrale Operativa:

- prescrizione medica sulla quale devono essere indicati:
 - cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
 - prestazione da effettuare;

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando l'analisi della documentazione medica trasmessa dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel piano sanitario dell'Assistito, i massimali residui, la presenza di eventuali scoperti e/o franchigie, etc.).

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione al ricovero/intervento a mezzo fax, o sms, o flusso web e le informazioni relative al massimale residuo, alla presenza di eventuali scoperti e/o franchigie. Nell'ipotesi in cui la Struttura Convenzionata operi con un'équipe medica non convenzionata (assistenza "mista": diretta struttura, rimborsuale medici), la Centrale Operativa comunicherà la presa in carico dei costi esclusivamente per la parte in convenzione, mentre i costi

dell'equipe medica saranno sostenuti direttamente dall'iscritto, il quale potrà richiederne il rimborso in regime di assistenza in forma rimborsuale, secondo quanto previsto dal Regolamento delle Prestazioni.

La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi preventiva, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte del Fondo, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Regolamento delle Prestazioni..

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa.

a.1.2 Eccezione: casi di urgenza

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in rete senza rispettare il preavviso di 24 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o a seguito di infortunio.

In tali casi, l'Iscritto potrà richiedere l'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'esecuzione dell'intervento e comunque prima della dimissione dell'Assistito dalla struttura convenzionata. **Contestualmente** l'Iscritto dovrà provvedere ad inviare a mezzo fax (041.590.73.78) alla Centrale Operativa apposito modulo contenente l'attestazione della struttura sanitaria dello stato di necessità ed urgenza. Nel caso di infortunio, inoltre, l'Assistito dovrà inviare il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Iscritto sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

a.1.3 La preattivazione on-line

Accedendo alla propria area riservata sul sito internet del Fondo www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it (AREA ISCRITTI), l'iscritto **può effettuare la preattivazione con modalità telematiche, avvalendosi delle funzionalità**

interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

L'iscritto deve selezionare l'assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'iscritto avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'iscritto deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura;

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre :

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'iscritto potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte della rete, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'iscritto, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

[a.1.4 Validità dell'autorizzazione](#)

Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette ad un **periodo massimo di validità di 30 giorni**, decorso il quale, l'autorizzazione cessa la propria efficacia.

L'autorizzazione viene comunque meno ove l'assistito perda il diritto a fruire delle prestazioni assistenziali del Fondo secondo le previsioni statutarie nel tempo vigenti.

a.1.5 Mancata attivazione della Centrale Operativa

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

a.2 La prenotazione

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo a.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata.

Dopo il ricovero/intervento chirurgico

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, supero massimali, prestazioni non contemplate dal piano sanitario di riferimento) da riconoscere direttamente alla struttura sanitaria.

Il Fondo provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (cartella clinica).

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

**B) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI
EXTRAOSPEDALIERE**

Prima di ricevere la prestazione

b.1.1 L'Autorizzazione

Prima di ricevere le prestazioni, l'Iscritto **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa del Fondo, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici:

dall'Italia: 800.083.778 numero gratuito da telefono fisso

199.28.48.37 da telefono cellulare

dall'estero: +39 041.591.50.55

In alternativa l'iscritto potrà effettuare la preattivazione con modalità telematiche avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "**Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line**" disponibile sul sito internet del Fondo www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it (AREA ISCRITTI).

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa del Fondo con un preavviso di 24 ore lavorative.

La Centrale Operativa del Fondo è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- codice fiscale dell'iscritto (caponucleo)
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione
- certificato medico riportante la richiesta delle prestazioni e la data di effettuazione delle stesse
- struttura/medico convenzionata/o eventualmente prescelta/o.

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nelle prestazioni previste dal Regolamento delle Prestazioni, i massimali residui, etc.). Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificazioni mediche).

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione a mezzo fax, o sms, o flusso web e le informazioni relative al massimale residuo, alla presenza di eventuali scoperti e/o franchigie. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte del Fondo, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Regolamento delle Prestazioni.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa.

b.1.2 La preattivazione on-line

Accedendo alla propria area riservata sul sito internet del Fondo www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it (AREA ISCRITTI), **l'iscritto può effettuare la preattivazione con modalità telematiche, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".**

L'iscritto deve selezionare l'assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'iscritto avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'iscritto deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura;

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre :

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'iscritto potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte della rete, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

b.1.3 Validità dell'autorizzazione

Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette ad un **periodo massimo di validità di 15 giorni**, decorso il quale, l'autorizzazione cessa la propria efficacia. L'autorizzazione viene comunque meno ove l'assistito perda il diritto a fruire delle prestazioni assistenziali del Fondo secondo le previsioni statutarie nel tempo vigenti.

b.1.4 Mancata attivazione della centrale Operativa

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

b.2 La prenotazione

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo b.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata.

Dopo aver ricevuto la prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata e il "Modulo di autorizzazione al pagamento diretto", in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dell'Iscritto (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Regolamento delle Prestazioni) da riconoscere direttamente alla struttura sanitaria.

Il Fondo provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.

L'Iscritto riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

C) CURE ODONTOIATRICHE

Prima di ricevere la prestazione

c.1.1 L'Autorizzazione

Prima di ricevere le prestazioni odontoiatriche, l'Iscritto deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, per ottenere da quest'ultima l'autorizzazione per l'Assistito ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa di Previmedical. In mancanza di tale autorizzazione l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito. In particolare, l'assistito deve richiedere in primo luogo che sia autorizzata una prima visita orale.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici:

dall'Italia: 800.083.778 numero gratuito da telefono fisso

199.28.48.37 da telefono cellulare

dall'estero: +39 041.591.50.55

In alternativa l'iscritto potrà chiedere l'autorizzazione con modalità telematiche avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "**Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line**" disponibile sul sito internet del Fondo www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it (AREA ISCRITTI).

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa del Fondo con un preavviso di 24 ore lavorative.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- codice fiscale dell'iscritto (caponucleo)
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione
- studio odontoiatrico eventualmente prescelto

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura).

L'Iscritto, nell'ipotesi in cui l'analisi compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo fax, o sms, o flusso web e le informazioni relative al massimale residuo, alla presenza di eventuali scoperti e/o franchigie. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo la suddetta analisi, invia allo Studio Odontoiatrico Convenzionato il fax di autorizzazione al pagamento diretto, unitamente al modulo "Programma delle prestazioni odontoiatriche da eseguire".

Al termine della prima visita, qualora vi fosse la necessità di eseguire ulteriori prestazioni, lo Studio Odontoiatrico deve compilare e sottoscrivere tale ultimo modulo e trasmetterlo alla Centrale Operativa.

L'assistito che voglia richiedere l'autorizzazione a ricevere tali ulteriori prestazioni, deve necessariamente ricontattare la Centrale Operativa.

La Centrale Operativa, verifica nuovamente la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo.

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando l'analisi del Programma delle prestazioni odontoiatriche da eseguire trasmesso dallo studio odontoiatrico (valutando, a titolo esemplificativo, i massimali residui, etc.).

L'Iscritto nell'ipotesi in cui l'analisi preventiva compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione odontoiatrica richiesta a mezzo fax, o sms, telefono e le informazioni relative al massimale residuo, alla presenza di eventuali scoperti e/o franchigie. La Centrale Operativa, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web lo studio odontoiatrico convenzionato ad erogare le prestazioni all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese che rimangono eventualmente a carico dell'assistito.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS.

c.1.2 La preattivazione on-line (per la richiesta di prima visita orale)

Accedendo alla propria area riservata sul sito internet del Fondo www.fondosanitariointegrativogruppointesasanpaolo.it (AREA ISCRITTI), **l'iscritto può effettuare la preattivazione della prima visita orale con modalità telematiche, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".**

L'iscritto deve selezionare l'assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'iscritto avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca dello studio odontoiatrico presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'iscritto deve indicare obbligatoriamente la provincia ove è ubicato lo studio odontoiatrico.

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre :

- la ragione sociale dello studio odontoiatrico;
- il comune ove è ubicata lo studio odontoiatrico;
- il CAP.

La ricerca dello studio odontoiatrico sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'iscritto potrà visualizzare l'elenco degli studi odontoiatrici facenti parte della rete, con possibilità di selezione di quello prescelto.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

c.1.3 Validità dell'autorizzazione

Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette ad un **periodo massimo di validità di 15 giorni**, decorso il quale, l'autorizzazione cessa la propria efficacia. L'autorizzazione viene comunque meno ove l'assistito perda il diritto a fruire delle prestazione assistenziali del Fondo secondo le previsioni statutarie vigenti.

c.1.3 Mancata attivazione della centrale Operativa

Qualora l'Assistito acceda ad uno studio odontoiatrico senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

c.2 La prenotazione

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo c.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente lo studio odontoiatrico convenzionato.

Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informazione telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata.

Dopo aver ricevuto la prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dallo studio odontoiatrico e il "Modulo di autorizzazione al pagamento diretto", in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per scoperti, franchigie ed eventuali prestazioni non contemplate dal Regolamento delle Prestazioni).

Previmedical provvede al pagamento in nome e per conto del Fondo delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura completa a saldo.

L'iscritto riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.