



[27 maggio 2011]

## **LINEE GUIDA PER IL RIMBORSO DIRETTO DELLE SPESE MEDICHE IN CASO DI RICOVERO PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE CON L'IMPRESA ASSICURATRICE**



- **Guida all'Assicurato per l'attivazione del rimborso diretto delle spese in caso di ricovero ospedaliero**
- **Il rapporto tra Impresa assicuratrice e Struttura sanitaria nell'attivazione del pagamento diretto dell'indennizzo**

## **Obiettivi del documento**

L'ANIA – Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici e l'AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata, attraverso il lavoro di una specifica commissione, hanno redatto le presenti Linee guida individuando procedure e modulistica standardizzate per semplificare le relazioni tra Assicurati, Imprese assicuratrici e Strutture sanitarie nonché i relativi flussi di comunicazione. Le Linee guida sono messe a disposizione delle Imprese assicuratrici e delle Strutture sanitarie che intendono adottarle per creare un linguaggio condiviso e un modello sistematico di relazioni al fine di ottimizzare il servizio offerto agli Assicurati. Pertanto, per i prodotti assicurativi malattia che prevedono l'accesso in strutture convenzionate con l'Impresa assicuratrice, grazie al supporto delle Linee guida si potrà disporre con maggiore certezza e celerità della copertura assicurativa dei costi già al momento del ricovero, senza bisogno di anticipare il costo della prestazione sanitaria.

## **Contenuti del documento**

Il presente documento è strutturato in due sezioni:

- Guida all'Assicurato per l'attivazione del rimborso in caso di ricovero ospedaliero;
- Il rapporto tra Impresa assicuratrice e Struttura sanitaria nell'attivazione del pagamento diretto dell'indennizzo.

La prima sezione descrive le diverse fasi che l'Assicurato deve seguire al fine di accedere al rimborso diretto delle prestazioni mediche in caso di ricovero ospedaliero o prestazione chirurgica ambulatoriale.

La seconda sezione descrive i rapporti tra Impresa assicuratrice e Strutture sanitarie al termine della fase di cura dell'Assicurato.

Inoltre, in allegato sono riportati dei moduli standard che i soggetti interessati possono adottare, come riferimento di base, anche per implementare soluzioni alternative quali a esempio la gestione delle richieste attraverso modalità telematiche.

## **GUIDA ALL'ASSICURATO PER L'ATTIVAZIONE DEL RIMBORSO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO**

**N.B. Le presenti Linee guida trovano applicazione nei confronti delle Imprese assicuratrici e delle Strutture sanitarie che le abbiano esplicitamente adottate. Pertanto, l'Assicurato è tenuto a verificare preventivamente se la propria Impresa assicuratrice o la Struttura sanitaria di cui intende avvalersi aderiscano alle presenti Linee guida.**

### **1. Il primo contatto con la Centrale operativa<sup>1</sup>**

Per ottenere l'indennizzo tramite pagamento diretto, l'Assicurato deve innanzitutto contattare personalmente la Centrale operativa ai recapiti (telefono, fax, e-mail) indicati nell'informativa contrattuale e riportati nel sito internet della Società. Il contatto deve avvenire di norma entro 5 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione/ricovero. La Centrale operativa è a disposizione anche per intervenire, ove possibile, in situazioni di urgenza.

L'Assicurato deve comunicare gli estremi della polizza, la Struttura sanitaria convenzionata prescelta, l'Equipe medica della quale intende avvalersi (per consentire alla Centrale operativa di verificare l'esistenza o meno di un convenzionamento con il primo operatore o con il medico titolare del ricovero) e i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta della Struttura sanitaria e dell'Equipe medica spetta sempre all'Assicurato.

La Centrale operativa è peraltro a disposizione per fornire informazioni sulla rete di Strutture sanitarie e di Medici convenzionati nonché per informazioni relative alla polizza.

### **2. La successiva trasmissione della documentazione**

Successivamente al primo contatto – e comunque entro 5 giorni lavorativi prima del ricovero – l'Assicurato deve trasmettere (anche via fax o via e-mail) alla Centrale operativa la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta. Tale invio può essere effettuato anche per il tramite della Struttura sanitaria prescelta.

Inoltre, ove venga richiesta dalla Società assicuratrice, l'Assicurato dovrà fornire le informazioni relative al quadro sanitario complessivo (anamnesi patologica remota e anamnesi patologica prossima), facendo compilare, al Medico richiedente la prestazione, l'apposito modulo predisposto dalla Società (mod.1C “Quadro sanitario dell'assicurato”).

L'Assicurato, o il Medico titolare del ricovero, potrà anche essere contattato da un Medico della Centrale operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni o documentazione che si rendessero necessarie.

---

<sup>1</sup> Nel presente documento per “Centrale operativa” si intendono quelle strutture specializzate (Customer care, Centrale operativa, strumenti on-line, altro) che la Società assicuratrice mette a disposizione dell'Assicurato per ogni necessità relativa al pagamento diretto.

### **3. La risposta della Centrale operativa**

Dopo aver verificato l'operatività della copertura assicurativa, la Centrale operativa conferma all'Assicurato l'attivazione del servizio di pagamento diretto dell'indennizzo in tempo utile per l'intervento, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dalla polizza, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo o massimali.

La Centrale operativa – entro 2 giorni prima della prestazione - invia il modello di autorizzazione (mod. 1B) alla Struttura sanitaria prescelta dall'Assicurato. Nel documento sono specificate le voci di spesa direttamente liquidabili dall'Impresa assicuratrice e quelle non indennizzabili.

Nel caso in cui la Centrale operativa neghi l'autorizzazione all'attivazione del pagamento diretto dell'indennizzo, ne dà comunicazione all'Assicurato, illustrandone i motivi. Analoga comunicazione è inviata alla Struttura sanitaria.

L'Assicurato, in tal caso, può comunque decidere di sostenere le spese e successivamente inviare la certificazione delle stesse all'Impresa assicuratrice, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiederne il rimborso. L'Impresa assicuratrice provvederà a una propria valutazione del caso e corrisponderà l'indennizzo secondo le condizioni stabilite nel contratto.

### **4. L'accesso alla Struttura sanitaria convenzionata**

All'atto dell'accesso alla Struttura sanitaria convenzionata, l'Assicurato deve controfirmare:

- una dichiarazione (mod. 5) con la quale si impegna a sostenere in proprio le eventuali spese a vario titolo non indennizzabili;
- il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili (mod. 6).

### **5. L'accesso urgente alla Struttura sanitaria convenzionata**

In caso di ricovero dimostratamente urgente dell'Assicurato, presso la Struttura sanitaria individuata, si può prendere a carico in corso di ricovero, a patto che la struttura ne dia immediatamente comunicazione alla Centrale operativa (mod. 3). La Centrale operativa, una volta ricevuta la richiesta di presa in carico urgente e la documentazione relativa all'anamnesi patologica remota e all'anamnesi patologica prossima, risponderà tempestivamente alla Struttura Sanitaria.

L'Assicurato deve essere informato che la ricezione del modulo di richiesta di ricovero urgente, inviata dalla Struttura sanitaria alla Centrale operativa, non costituisce accettazione della presa in carico delle spese di ricovero. Tale accettazione avverrà tramite apposita autorizzazione che deve giungere dalla Compagnia/Gestore in tempo utile (e comunque prima della dimissione).

L'autorizzazione in caso di urgenza medica e chirurgica viene rilasciata dalla Centrale operativa utilizzando gli stessi modelli previsti dalla procedura "standard" (non di urgenza) e cioè i mod. 1A e 1B.

### **6. Dimissione**

Alla dimissione dalla Struttura sanitaria, l'Assicurato deve occuparsi di corrispondere alla Struttura stessa le spese non coperte dall'Impresa assicuratrice o non incluse nel servizio di pagamento diretto (eventuali franchigie o somme eccedenti rispetto ai limiti di rimborso).

In caso di mancata autorizzazione all'attivazione del pagamento diretto dell'indennizzo ovvero di mancata ricezione del fax di presa in carico da parte della Centrale operativa, l'Assicurato dovrà corrispondere alla Struttura sanitaria tutte le spese sostenute durante il ricovero.

# **IL RAPPORTO TRA IMPRESA ASSICURATRICE E STRUTTURA SANITARIA NELL'ATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DIRETTO DELL'INDENNIZZO**

La tempestività e la certezza dei flussi informativi tra Struttura sanitaria e Impresa assicuratrice sono sempre stati gli elementi fondamentali per misurare l'efficienza del settore dell'assistenza sanitaria in forma diretta. Il miglioramento della qualità di questi flussi costituisce ancora l'obiettivo per lo sviluppo del settore cui dedicare ogni sforzo, anche al fine di limitare al minimo eventuali situazioni di disagio per gli operatori che possano infine riflettersi negativamente sulla fiducia dell'Assicurato.

Pertanto, il tempestivo scambio di dati tra Struttura sanitaria e Centrale operativa, sia nella fase di ricovero (es. per modifiche del percorso clinico), sia nella fase successiva alla dimissione, è alla base dell'offerta di un servizio efficiente per l'Assicurato.

## **1. La gestione del ricovero**

Ove, nel corso del ricovero, la Centrale operativa dovesse necessitare di ulteriori informazioni, sarà utilizzato per la richiesta il mod. 2. Del pari, in caso di complicanze della patologia o di altre significative variazioni sopravvenute post-autorizzazione (incidenti, a es., sulla durata della degenza o sulle tipologie di cure), è assolutamente necessaria una tempestiva e puntuale informativa da parte della Struttura Sanitaria per consentire la rivalutazione del caso da parte della Centrale Operativa con conseguente tempestivo rilascio/negazione di una nuova autorizzazione.

## **2. Invio documentazione, fatturazione e liquidazione delle competenze**

A seguito della dimissione dell'Assicurato, la Struttura sanitaria invia alla Società assicuratrice la cartella clinica completa e le fatture (un esempio di fattura è riportata nei mod. 7A e 7B). Tale documentazione è necessaria per la regolazione delle spettanze secondo i termini contrattuali.

## **3. Contenuti della documentazione medica da inviare in seguito a ricovero**

La Struttura sanitaria deve fornire alla Centrale operativa copia della cartella clinica, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), in quanto strumento che certifica le condizioni del Paziente, nonché le prestazioni e gli atti medici effettuati.

La cartella clinica deve essere scritta in modo leggibile. Le informazioni ivi contenute devono essere complete, devono essere scritte in cartella immediatamente e secondo la sequenza cronologica degli eventi. Nessuna annotazione già scritta può essere cancellata.

La cartella clinica deve riportare:

- le generalità complete (dati anagrafici ) dell'Assistito;
- la SDO, compilata in ogni parte, che contenga i dati relativi all'accettazione (tipo di ricovero), all'onere della degenza (SSN, libera professione, solvente, ecc), la data e l'orario di ammissione e di dimissione, la modalità della dimissione (o del

trasferimento), l'intervento principale e gli eventuali secondari, indicati con i rispettivi codici ICD9-CM/ ICD9, la diagnosi di ammissione e di dimissione con i relativi codici;

- l'esame obiettivo;
- il diario clinico (con indicazione delle giornate/ore di permesso) contenente la descrizione delle prestazioni eseguite sul paziente (esami di laboratorio e specialistici, le terapie, ecc, ... coi relativi referti), l'indicazione della quantità e tipologia dei farmaci somministrati;
- in caso di intervento/i chirurgico/i, il referto operatorio con la descrizione dell'intervento/i effettuato/i oltre all'indicazione di tutti i componenti della Equipe chirurgica e di tutti i soggetti partecipanti all'intervento e l'indicazione dei materiali utilizzati;
- la scheda anestesiologicala, con indicazione dell'orario di inizio e fine dell'intervento chirurgico e della anestesia;
- la cartella infermieristica;
- la lettera di dimissione del Medico curante;
- l'indicazione del numero di pagine di cui è composta la cartella.

La mancata trasmissione della cartella clinica, comprensiva di ogni elemento e della SDO, può comportare la sospensione dei pagamenti e dei relativi termini di decorrenza. E' perciò necessario che eventuali carenze o imprecisioni di tutta la documentazione trasmessa vengano comunicate dalla Società assicuratrice alla Struttura sanitaria entro 30 giorni dalla ricezione.

#### **4. Eventuale richiesta di integrazioni, chiarimenti o rilievi**

Poiché la mancata completezza della documentazione sospende i termini di decorrenza, è necessario che la Struttura sanitaria riceva in tempi rapidi e certi le eventuali segnalazioni chiare, motivate e definite della inadeguatezza, imprecisione o incompletezza della documentazione (compresi quelli riguardanti la fatturazione) per potervi porre rimedio. Questo interscambio avviene tramite i mod. 8A e 8B.

#### **5. Termini di pagamento**

Ciascuna Società assicuratrice/Gestore concorderà con la singola Struttura sanitaria i tempi di liquidazione delle somme dovute e gli effetti del mancato pagamento nei tempi concordati.

Ciascuna Compagnia/Gestore provvederà a una periodica informativa in ordine alla rendicontazione dei pagamenti liquidati/sospesi (mod.9).

**Fax di autorizzazione al pagamento diretto**

n. Sinistro/Dossier:

n. Protocollo/Codice Presa in carico:

Struttura sanitaria:

Numero FAX:

Mittente:

Data:

Pagine (compresa la presente):

In caso di incompleta / mancata ricezione si prega di telefonare al n. ....

---

**MESSAGGIO**

---

Vi preghiamo di inviarci alla dimissione del Cliente al seguente indirizzo:

GESTORE  
all'attenzione della **Centrale operativa**  
Via.....  
CAP CITTA'

- modulo di autorizzazione al pagamento diretto sottoscritto dall'Assicurato;
- documento dichiarativo sottoscritto dall'Assicurato;
- informativa e consenso al trattamento dei dati sottoscritto dall'Assicurato;
- cartella clinica completa e referti degli esami eseguiti durante il ricovero (tale completezza è essenziale al fine di evitare ritardi nei pagamenti);
- fatture (*in originale o in copia in base agli accordi specifici*) relative al ricovero;

se il ricovero riguarda un minore, le fatture devono essere intestate al genitore o al tutore per conto del minore.

Cordiali saluti

NOTE:

**AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO DIRETTO****STRUTTURA SANITARIA**

Denominazione :

**DATI ANAGRAFICI CLIENTE E SERVIZIO RICHIESTO**

Nominativo: Anno nascita: Sesso:

Telefono: Indirizzo:

Città: Provincia:

Numero polizza: EFFETTO:

Data ricovero:

Diagnosi di ingresso (come da cert. medico):

Intervento chirurgico: Codice prestazione convenzionale:

Cicli di cure oncologiche:

Equipe medica/chirurgica: Convenzionata: SI / NO

n. Sinistro/Dossier:

n. Protocollo/Codice Presa in carico:

**Si prega di segnalare tempestivamente via fax qualsiasi modifica sostanziale alla diagnosi di ingresso, all'intervento previsto, alla durata del ricovero.****SPESE LIQUIDABILI DIRETTAMENTE DALLA SOCIETÀ ASSICURATRICE NEI TERMINI STABILITI DALLA CONVENZIONE**

- Retta di degenza, medicinali, esami e trattamenti fisioterapici e rieducativi  
<SI/NO>
- Diritti di sala operatoria e materiali di intervento  
<SI/NO>
- Onorari dei medici e dei chirurghi  
<SI/NO>
- Uso di telefono, TV, radio, filodiffusione fino al limite di €. \_\_\_\_\_  
<SI/NO>
- Vitto e Pernottamento dell'accompagnatore (se Sì) fino a € / gg. \_\_\_\_\_  
<SI/NO>
- Franchigia/ Scoperto \_\_\_\_\_
- Massimali e limiti eventuali (es. sulla retta di degenza) \_\_\_\_\_
- Altre eventuali esclusioni esistenti in polizza di specifiche patologie attinenti le prestazioni oggetto di ricovero \_\_\_\_\_

**Vi rammentiamo che le spese presentate per il rimborso devono essere strettamente legate alla patologia oggetto di ricovero.****AUTORIZZAZIONE**

DATA

FIRMA

**RISERVATO AL CLIENTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nel prendere atto che quanto sopra riportato è stato da lui espressamente richiesto, si impegna a non pagare eventuali fatture presentategli da Operatori

dell'Equipe medica, o dalla Struttura sanitaria, per le quali è operante la procedura di pagamento diretto (vedi spese liquidabili), senza il preventivo consenso della Società assicuratrice.  
Con l'esecuzione delle prestazioni sopra citate il servizio prestato è da intendersi assolto conformemente ai contenuti del contratto di assicurazione.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**MOD.1C**

**QUADRO SANITARIO DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICOVERO O PRESTAZIONE  
CHIRURGICA AMBULATORIALE**

**(A cura e responsabilità del medico che prescrive il ricovero/prestazione chirurgica  
ambulatoriale)**

Da inviare alla centrale operativa e-mail: centrale\_operativa@assicurazione.it fax al n° 06-  
12345678

Cognome e Nome dell'Assicurato (necessario): \_\_\_\_\_

Recapito telefonico dell'Assicurato (necessario): \_\_\_\_\_

Struttura sanitaria (eventuale): \_\_\_\_\_

Cognome e Nome del Medico<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_

Prestazione richiesta: \_\_\_\_\_

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA [CON INDICAZIONE DI TUTTE LE PATOLOGIE  
PREGRESSE CON RELATIVA DATAZIONE, MESE E ANNO, ANCHE SE NON  
DIRETTAMENTE COLLEGATE ALLA PRESTAZIONE RICHIESTA]**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA [CON CHIARA INDICAZIONE DELLA/E  
PATOLOGIE OGGETTO DEL RICOVERO, RELATIVA DATA DI INSORGENZA E/O  
DIAGNOSI, REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI E TERAPIE PREGRESSE O IN  
ATTO]**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ESAME OBIETTIVO (eventuale): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> <sup>1</sup>Nome del Medico che prescrive il ricovero o la prestazione chirurgica ambulatoriale

---

ESAMI STRUMENTALI ESEGUITI (eventuale): \_\_\_\_\_

ITER DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO PREVISTO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Luogo e data**

**Il Medico**

(Timbro e firma)

**La Struttura Sanitaria**

(Timbro eventuale)

Trasmettere a:

(NUMERO DI PROTOCOLLO)

<b>Società</b> Via ..... CAP ..... Città ..... Fax..... Tel..... Indirizzo e-mail .....
---

**Struttura sanitaria**

*Trasmettere a:* Fax .....

n. Sinistro/Dossier Tel. ....

n. Protocollo/Codice presa in carico Indirizzo e-mail: .....

**RICHIESTA DI SPECIFICAZIONI E/O INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

<b>Società:</b>	<b>Fax:</b>
-----------------	-------------

**Assicurato Sig./Sig.ra:**..... **data di nascita:**.....

**Polizza**..... **Intestatario/Contraente**.....

**Diagnosi:**.....

**Data di ricovero:**.....

**Intervento eseguito da: / Medico curante: Prof./Dott.:**.....

al fine di un'esaustiva verifica assicurativa si richiede (*segnalare in modo dettagliato caso per caso*):

**l'invio della seguente documentazione:** .....

**di specificare** .....

**SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA PER EVADERE LA RICHIESTA SOPRA DESCRITTA**

(numero di eventuali allegati: .....)

Trasmettere a:

(NUMERO DI PROTOCOLLO)

<b>Società</b> Via ..... CAP ..... Città ..... Fax..... Tel..... Indirizzo e-mail .....
---

## RICHIESTA URGENTE DI PRESA IN CARICO DEL RICOVERO

STRUTTURA SANITARIA: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

N.ro Tel.: \_\_\_\_\_

richiede la presa in carico del ricovero del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Polizza \_\_\_\_\_

Intestatario/Contraente \_\_\_\_\_

Diagnosi (inviare copia certificato medico): \_\_\_\_\_

Ricovero con intervento chirurgico:                      SI                       NO Medico chirurgo convenzionato:                      SI                       NO 

Data di ricovero: \_\_\_\_\_

**Codice  
Prestazione  
convenzionale**

<b>Intervento chirurgico principale:</b> <b>Altri interventi:</b> <b>Intervento eseguito da:/Medico curante: Prof./Dott.:</b> <b>Cicli di cure oncologiche (inviare certificato medico dettagliato):</b> <b>Durata della degenza prevista in giorni:</b>	
--	--

.....  
(firma dell'Assicurato o di chi ne ha la potestà)

### AVVERTENZE

*La ricezione del presente modulo da parte della Centrale operativa NON costituisce automaticamente accettazione della presa in carico delle spese di ricovero. La risposta avverrà tramite specifico fax di presa in carico (comprensivo dell'indicazione delle prestazioni garantite) ovvero di negazione del pagamento diretto, inviato alla Struttura sanitaria.*

*In tale seconda evenienza, o nell'eventuale impossibilità di risposta dalla Compagnia/Gestore entro tempi stabiliti, l'Assicurato può successivamente richiedere il rimborso delle spese sostenute alla Società assicuratrice che provvederà a una nuova valutazione del caso e a corrispondere l'indennizzo, se dovuto.*

FAX NON AMMISSIBILITA' AL PAGAMENTO DIRETTO

(NUMERO DI PROTOCOLLO)

n.sinistro \_\_\_\_\_

Destinatario: \_\_\_\_\_

Numero FAX: \_\_\_\_\_

Mittente: **Gestore**

Operatore di riferimento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Pagine: **1 (compresa la presente)**

In caso di incompleta / mancata ricezione si prega di telefonare al n. ....

---

MESSAGGIO

---

In riferimento al ricovero del/della Signor/Signora ..... presso la Vostra Struttura sanitaria, Vi confermiamo che non ci è possibile procedere alla presa in carico diretta delle spese.

Abbiamo già informato l'Assicurato/a – al quale Vi preghiamo di consegnare una copia della presente - che provvederà a saldare l'importo dovuto e a sottoporre la documentazione (copia cartella clinica e originali fatture di spesa) alla Compagnia, per la valutazione di indennizzabilità della prestazione sanitaria effettuata.

Vi ricordiamo di fatturare all'Assicurato le Vostre competenze – e quelle dell'Equipe medica se convenzionata - secondo i termini economici delle convenzioni in essere.

Rimaniamo a Vostra disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento e Vi inviamo distinti saluti.

*Gestore*

Centrale Operativa

**DOCUMENTO DICHIARATIVO**

*(da sottoscrivere da parte dell'assicurato al momento del ricovero in struttura sanitaria convenzionata)*

Sinistro/Dossier n. ....

Protocollo/Codice presa in carico n. ....

Il/ la Signor/a .....

Assicurato/a con polizza .....

si impegna in occasione del ricovero, con o senza intervento chirurgico:

1. a pagare direttamente alla Struttura sanitaria ..... e ai Medici specialisti convenzionati le spese relative a quelle prestazioni sanitarie che non risultino essere indennizzabili ai sensi di polizza;
2. a pagare direttamente alla Struttura sanitaria ..... convenzionata le spese "extra sanitarie" (consumazioni, telefonate, etc.) che risultino essere non indennizzabili ai sensi di polizza;
3. a pagare direttamente alla Struttura sanitaria ..... e ai medici specialisti convenzionati le eventuali spese sanitarie che superino i massimali previsti dalla propria polizza di assicurazione o contrattualmente a suo carico per effetto di delimitazioni di garanzia;
4. a restituire alla Società assicuratrice gli importi dalla stessa eventualmente già liquidati per prestazioni sanitarie che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica, anche successiva alla erogazione delle prestazioni sanitarie stesse, non risultino a qualsiasi titolo indennizzabili.

L'Assicurato libera i Sanitari che effettueranno gli interventi diagnostici o terapeutici dall'obbligo del segreto professionale verso la Società assicuratrice e delega la stessa o chi per essa ad analizzare referti e cartelle cliniche. La Società si impegna a mantenere il rispetto della riservatezza verso terzi.

La sottoscrizione del presente atto costituisce delega all'incasso a favore della Struttura sanitaria e dei Medici specialisti convenzionati; di tutte le somme contrattualmente dovute dalla Società assicuratrice.

.....  
(firma dell'Assicurato o di chi ne ha la potestà)

Città, li .....

**INFORMATIVA ALL'ASSICURATO AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003 E  
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

**Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili (1), al fine di fornire i servizi (2) da Lei richiesti o in Suo favore previsti.**

I dati, forniti – anche per obbligo di legge (3) - da Lei o da altri soggetti (4), se del caso telefonicamente in fase di primo contatto con la Centrale operativa, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopra citati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al sistema assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa (5).

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Senza i Suoi dati, non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte. Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al loro trattamento (6).

Titolare del trattamento è la Società, che si avvale di Responsabili; Responsabile designato per il riscontro all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex art.del D.Lgs. 196/2003 è il direttore dell'Ufficio Privacy.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Ufficio. Il sito riporta ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati - eventualmente anche sensibili - effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

LUOGO E DATA      NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO (LEGGIBILE)      FIRMA

**NOTE**

(1) L'art. 4, co. 1, lett. d) del D. Lgs 196/2003 definisce sensibili, a esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose.

(2) Conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti di assicurazione/riassicurazione e gestione e liquidazione dei sinistri nell'ambito dell'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

(3) A esempio, la disciplina contro il riciclaggio.


(4) A esempio, il contraente della polizza (collettiva o individuale) che La qualifica come assicurato.

(5) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse strettamente correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa", agenti, mediatori e altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, legali, periti, strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari, società del gruppo e altre società di servizi, tra cui società che

*svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le centrali operative), servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi istituzionali tra cui l'ISVAP in sede di vigilanza e banche dati (a esempio, Casellario Centrale Infortuni), nei confronti del quale la comunicazione dei dati è obbligatoria.*


*(6) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale; in tutti gli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.*

## Simplo di fattura a pacchetto

FATTURA		Documento	Numero	Data	Certella Clinica	Codice Fiscale/Partita IVA		Pagina	
			A3099724		CC03026878			1 / 1	
DATI ANAGRAFICI ASSICURATO					Protocollo/Codice/n° rif. Presa in				
Condizioni di pagamento TRAMITE CONVENZIONE					Modalità di pagamento				
Ente convenzionato			Accettazione	Dimissione	Reparto	Numero Letto	Numero Episodio		
CODICI DI RIFERIMENTO: ICD9 - CM			DESCRIZIONE PRESTAZIONE			Data	Q.ta	C. IVA	Importo
			TARIFFA A PACCHETTO (#)					si	
			- Competenze Casa di Cura - Competenze équipe medica					no	
			TRASFUSIONI (se previste)						
			VISITE SPEC. DURANTE DEGENZA (non del medico curante) extra pacchetto						
			PACCHETTO INTERVENTO AMBULATORIALE DI ..... DM 22/07/1996 Bindi						
			INTERVENTO IN DAY HOSPITAL (disp. Ministero Salute)						
			(# Include costo delle protesi, salvo diversa indicazione specificata nei singoli interventi						
			FRANCHIGIA/QUOTA A CARICO ASSICURATO						
Imposta di bollo virtuale Aut.Int.Fin. Milano n.3/17848/95 del 10/1/96									
Cod. IVA		Descrizione			Imponibile			IVA	
E10 E20		ESENTE ART. 10/18 ALIQUOTA 20%							
Totale imponibile IVA		Totale IVA	Totale esente	Bollo				Totale fattura in Euro (*)	
				e		1,29			

(\*) Il totale fattura è da intendersi al netto della franchigia/quota a carico dell'Assicurato

## Simplo di fattura analitica

FATTURA		Documento	Numero A3099724	Data	Cartella Clinica CC03026678	Codice Fiscale/Partita IVA	Pagina 1 / 1
DATI ANAGRAFICI ASSICURATO					Protocollo/Codice/n° rif. Presa in		
Condizioni di pagamento TRAMITE CONVENZIONE					Modalità di pagamento		
Ente convenzionato			Accettazione	Dimissione	Reparto	Numero Letto	Numero Episodio
CODICI DI RIFERIMENTO: ICD9 - CM		DESCRIZIONE PRESTAZIONE			Data	Q.tà	C. IVA
		DEGENZA*** TOTALE NOTTI..... ROUTINE PRE OPERATORIA FARMACI E MATERIALI (con dettaglio) VISITE SPECIALISTICHE DURANTE DEGENZA(consulti medici spec.) COSTO EQUIPE MEDICA(solo se costo fatturato da Struttura sanitaria) DIAGNOSTICA INTRA RICOVERO (con dettaglio) SALA OPERATORIA (per fasce di intervento)  TRASFUSIONI NEONATOLOGO INTERVENTO AMBULATORIALE DI .....  *** SPECIFICARE TIPOLOGIA DI DEGENZA , DIFFERENZA DI CLASSE ,DAY HOSPITAL, TERAPIA INTENSIVA (tariffa oraria o die)  FRANCHIGIA/QUOTA A CARICO ASSICURATO					
		Imposta di bollo virtuale Aut.Int.Fin. Milano n.3/17848/95 del 10/1/96					
Cod. IVA		Descrizione		Imponibile		IVA	
E10 D0		ESENTE ART. 10/18 ALQUOTA 20%					
Totale imponibile IVA		Totale IVA	Totale esente	Bollo		Totale fattura in Euro (*)	
				€	1,29		

(\*) Il totale fattura è da intendersi al netto della franchigia/quota a carico dell'Assicurato

**RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE E CHIARIMENTI IN ORDINE  
ALLE SOMME ESPOSTE IN FATTURA ALLA CASA DI CURA/STRUTTURA  
SANITARIA**

Denominazione :

**DATI ANAGRAFICI CLIENTE**

Nominativo: Anno nascita:

Indirizzo: Città: Provincia:

Data ricovero/erogazione prestazione:

Numero Sinistro/Dossier: Protocollo/Codice presa in carico:

Al fine di procedere alla liquidazione della/e vostra/e fattura/e N° ..... del .....

relativa/e al sinistro sopra indicato, vi informiamo che ci necessitano ulteriori informazioni e precisazioni in merito a:

- Anamnesi
- Quadro clinico del Cliente
- Documentazione medica e referti
- Prescrizione medica e certificati
- Informazioni relative a prestazioni/ trattamenti aggiuntivi/diversi da quelli presi in carico
- Informazioni in ordine al prolungamento o a variazioni della degenza
- SDO e Cartella clinica
- Altro specificare: \_\_\_\_\_

Restiamo in attesa di vostro cortese, sollecito riscontro e Vi informiamo che nel frattempo la posizione resterà sospesa.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti

Firma: \_\_\_\_\_

*NOTA: Entro i medesimi termini previsti per la segnalazione di carenze della cartella clinica, vanno richieste le eventuali ulteriori informazioni sanitarie e i chiarimenti in ordine a riscontrate difformità – di importo significativo – della fatturazione rispetto a quanto specificato nella comunicazione di autorizzazione. Più richieste relative al medesimo caso vanno formulate contestualmente con un unico modello.*

**RISCONTRO DELLA STRUTTURA ALLA RICHIESTA DI CHIARIMENTI IN ORDINE  
ALLE SOMME ESPOSTE IN FATTURA ALLA COMPAGNIA DI  
ASSICURAZIONE/GESTORE**

Denominazione :

**DATI ANAGRAFICI CLIENTE**

Nominativo: Anno nascita:

Indirizzo: Città: Provincia:

Data ricovero/erogazione prestazione:

Numero Sinistro/Dossier: Protocollo/Codice presa in carico:

In merito alla vostra richiesta di precisazioni sulla/e nostra/e fattura/e N° ..... del ..... relativa/e al sinistro sopra indicato, vi forniamo le informazioni di seguito riportate:

- Anamnesi
- Quadro clinico del Cliente
- Documentazione medica e referti
- Prescrizione medica e certificati
- Informazioni relative a prestazioni/ trattamenti aggiuntivi/diversi da quelli presi in carico
- Informazioni in ordine al prolungamento o a variazioni della degenza
- SDO e Cartella clinica
- Altro

---

---

---

---

---

Confidiamo di avere esaurientemente risposto alle vostre richieste e in una rapida chiusura della posizione.

Restiamo a disposizione per eventuali ulteriori informazioni che si rendessero necessarie e cogliamo l'occasione per porgere distinti saluti.

Firma: \_\_\_\_\_

**RENDICONTAZIONE PAGAMENTI – LIQUIDATI/SOSPESI**

Data .....  
 Spett.le  
 CASA DI CURA .....  
 VIA .....

**Oggetto:** informazione in ordine ai documenti liquidati o sospesi.

In relazione al rapporto di collaborazione in atto, Vi informiamo che provvediamo al pagamento delle seguenti fatture a mezzo bonifico bancario sul conto corrente ..... presso la BANCA DI .....  
 .....agenzia .....con data valuta aa/xx/20xx.

**a) Documenti liquidati**

Numero Documento	Data Documento	Assicurato	Importo Liquidabile	Importo Ritenuta Acconto	Importo Pagamento
adcd	07/08/20xx	Nome Cognome	82,81	0,00	82,81
...	...	...	...	...	...
tuvz	25/08/20xx	Nome Cognome	63,00	0,00	63,00
<b>Totale</b>			<b>XXXX,XX</b>	<b>0,00</b>	<b>XXXX,XX</b>

*N.B. L'importo liquidabile può risultare inferiore all'importo del documento in caso di non corretta applicazione delle tariffe o di erogazione di prestazioni non prese in carico dalla scrivente Compagnia/Gestore.*

Vi trasmettiamo, inoltre, l'elenco dei documenti emessi da Voi, o dai Medici Vostrî collaboratori, che non possono essere evasi alla prossima scadenza del aa/xx/20xx per le motivazioni sottoindicate (N.B. L'elenco delle motivazioni è allegato).

**b) Documenti sospesi**

**CASA DI CURA**

**MOTIVAZIONE: TARIFFE NON APPLICATE**

Numero Documento	Data Documento	Assicurato	Importo Documento	Sinistro N°
abcd	25/08/20xx	Nome Cognome	00,00	Xy kz/20xx

**DR. NOME E COGNOME**

**MOTIVAZIONE: TARIFFE NON APPLICATE**

Numero Documento	Data Documento	Assicurato	Importo Documento	Sinistro N°
abcd	25/08/20xx	Nome Cognome	00,00	Xy kz/20xx

Se richiesto, inserire il corretto importo da fatturare.

Restiamo in attesa di una Vostra cortese comunicazione volta a sanare le anomalie sopra evidenziate; nel frattempo le posizioni rimarranno sospese.

Le informazioni relative a coordinate bancarie, domicilio o codice fiscale dovranno essere comunicati all'Uff. Convenzioni fax ....., tutti gli altri dati all'Uff. Sinistri (Fax .....).

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti

Firma: \_\_\_\_\_

## MOTIVAZIONI DI NON LIQUIDABILITÀ PER LE RELATIVE SEGNALAZIONI

Descrizione breve	Descrizione lunga
Prescrizione del diritto (art. 2952 c.c.)	La prestazione eseguita è stata denunciata oltre i due anni dalla data dell'evento.
Tariffe non applicate	Tariffe errate. Attendiamo nota di accredito
Manca prescrizione o qu: diagnostico	Manca prescrizione medica o quesito diagnostico
Manca scorporo costi	Manca indicazione analitica delle singole voci di spesa
Manca prescrizione o quesito diagnostico nonché scorporo costi	Manca prescrizione o quesito diagnostico e manca indicazione analitica delle singole voci di spesa
Prestazione non presa in carico	Prestazione non presa in carico
Prestazione già pagata (specificare dettaglio bonifico o assegno)	La prestazione effettuata è già stata liquidata
In attesa specifica farmaci	Attendiamo indicazione analitica farmaci utilizzati e relativi costi
In attesa specifica materiali	Attendiamo indicazione analitica materiali utilizzati e relativi costi
In attesa specifica farmaci e materiali	Attendiamo indicazione analitica farmaci e materiali utilizzati e relativi costi
In attesa documentaz: intervento e/o ref: istologico	Restiamo in attesa di documentazione clinica dell'intervento e referto istologico
Documento fiscalmente non valido	Il documento di spesa non ha validità fiscale: La preghiamo di inviarci fattura/ricevuta fiscalmente valida Documentazione: medica non esaustiva. Inviato fax di specifica.
Documentazione medica non esaustiva.	In attesa cartella clinica completa. Restiamo in attesa della cartella clinica completa. Inviato fax di specifica.
Prescrizione postdatata	Prescrizione postdatata
Nota di credito	Nota di credito
Mancanza SDO	Restiamo in attesa della cartella clinica completa
Mancanza Medico nel referto operatorio	Nel referto operatorio non compaiono tutti i Medici che hanno fatturato.
Documentazione non pervenuta	Siamo in attesa di ricevere la documentazione necessaria per procedere al pagamento della spesa.
In attesa di fattura ditta fornitrice materiali	Restiamo in attesa della fattura della ditta fornitrice dei materiali.