

GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE - REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA, MISTA E INDIRETTA -

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni garantite da RBM Salute

Le prestazioni sono garantite attraverso **due regimi di erogazione**:

a) Assistenza Diretta: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da RBM Salute, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico; qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Sanitario reso disponibile da RBM Salute, ma l'équipe medica non lo fosse (**c.d. Assistenza sanitaria mista**), con riferimento agli onorari dell'équipe non convenzionata, qualora tale regime sia presente nel proprio Piano Sanitario, RBM Salute provvederà alla liquidazione secondo la modalità indicata al punto b) nei limiti di quanto previsto dal Piano Sanitario.

b) Assistenza Indiretta: 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 da RBM Salute (fatta salva l'ipotesi di accesso al Network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal Piano Sanitario. Inoltre l'Assistito, a fronte di apposita richiesta da parte di RBM Salute, deve produrre specifica e adeguata prova documentale all'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario avvalersi di medici specialisti, fisioterapisti (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge), fisiokinesiterapisti, Terapisti della riabilitazione, Tecnici fisioterapisti della riabilitazione, Terapisti della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapisti diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Sono escluse le prestazioni per problematiche estetiche e quelle eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici).

NOTA BENE: DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE TRA DUE ANNUALITÀ ASSICURATIVE

Tutte le prestazioni sanitarie /odontoiatriche o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato

esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura e il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale annualità assicurative. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'Assistito.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet www.fs.cassarbmsalute.it.

Inoltre, tramite l'intranet aziendale o tramite il sito internet www.fs.cassarbmsalute.it, previa autenticazione utilizzando le credenziali aziendali, si potrà altresì accedere all'Area Riservata dedicata al piano sanitario dal quale è possibile:

- a) consultare l'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati;
- b) compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. C.3).

È possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA[®]", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della pratica attraverso l'invio di SMS sul cellulare.

In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b) eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- c) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- d) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § II, lett. E., "SEGUI LA TUA PRATICA[®]".

Segnalazione Medici e Strutture Sanitarie non ancora convenzionate

È data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per un medico e/o una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale nominativo/ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@rbmsalute.it.

LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta o mista, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** dedicata al Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane per ottenere la relativa autorizzazione.

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

In caso di mancata presentazione all'appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.

A. RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

A.1 PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di un ricovero o di essere sottoposto a un intervento chirurgico, richiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione giustificativa necessaria, **rispettando i termini di preavviso successivamente indicati**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta.

L'Assistito potrà chiedere l'Autorizzazione tramite:

- l'App "Citrus per Ferrovie" (Per installare la APP sarà sufficiente effettuare una ricerca su Play Store (Android) o Apple Store (IOS) e scaricarla gratuitamente sul proprio dispositivo mobile);
- portale web www.fs.cassarbmsalute.it;
- telefono, chiamando:
 - **800.991.828** da telefono fisso o cellulare (numero verde gratuito);
 - **+39.0422.174.4323** per chiamate dall'estero.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore lavorative di preavviso (2 giorni esclusi sabato domenica e festivi) rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative (2 giorni esclusi sabato domenica e festivi) prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

L'Assistito deve di volta in volta chiedere l'autorizzazione per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Esempio – prestazioni ospedaliere - Qualora la richiesta di assistenza diretta ospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 10 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 7 giorni (di calendario) prima della data di ricovero o di intervento, ossia entro i 3 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 4 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative (2 giorni esclusi sabato domenica e festivi) prima dell'evento.

La Centrale Operativa 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;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- prestazione da effettuare;
- data della prestazione;
- diagnosi o quesito diagnostico.

L'Assistito potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it, tramite App mobile o area riservata.

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax, e-mail, portale web o tramite App**, alla Centrale Operativa:

- prescrizione (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata;
- diagnosi;
- certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;

- in caso di infortunio devono essere presentati:
 - il referto del Pronto Soccorso, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile, se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assistito può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assistito può chiedere, entro 7 giorni di calendario dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso. Le cure dentarie da infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)
 - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile
 - in caso di incidente stradale: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assistito deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole)

È possibile trasmettere la documentazione afferente l'autorizzazione:

- +39.0422.174.4823 via fax
- via App mobile dedicata al Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane (Per installare la APP sarà sufficiente effettuare una ricerca su Play Store (Android) o Apple Store (IOS) e scaricarla gratuitamente sul proprio dispositivo mobile);
- assistenza.fs@cassarbmsalute.it via mail
- portale web www.fs.cassarbmsalute.it

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmessa all'Assistito a mezzo e-mail o sms e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assistito dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assistito non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare la stessa da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della email sarà presente un *link web* breve (c.d. "*tiny link*") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

RBM Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

A.1.2 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa:

- l'Assistito può chiedere il rilascio dell'autorizzazione **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assistito contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assistito è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa** (per mail assistenza.fs@cassarbmsalute.it o per fax 39.0422.174.4823) allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento

La valutazione finale sulla effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Centrale operativa; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione.

La procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assistito deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

Sono a carico dell'Assistito eventuali somme non riconosciute (per es.: franchigie e scoperti).

A.1.3 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, se previsto dal proprio Piano Sanitario, nei termini e limiti da questo previsti. Le indicazioni di cui sopra non saranno operanti nel caso di urgenza medico sanitaria.

A.2 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, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc..

RBM Salute provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica,

diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

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

B. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **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, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

L'Assistito potrà chiedere l'Autorizzazione tramite:

- l'App "Citrus per Ferrovie" (Per installare la APP sarà sufficiente effettuare una ricerca su Play Store (Android) o Apple Store (IOS) e scaricarla gratuitamente sul proprio dispositivo mobile)
- portale web www.fs.cassarbmsalute.it
- telefono, chiamando
 - **800.991.828** da telefono fisso e cellulare (numero verde gratuito);
 - **+39.0422.174.4323** per chiamate dall'estero.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni di calendario per le prestazioni extraospedaliere, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore lavorative (2 giorni esclusi sabato domenica e festivi) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 3 giorni di calendario per le prestazioni extraospedaliere, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative (2 giorni esclusi sabato domenica e festivi) prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

L'Assistito deve di volta in volta chiedere l'autorizzazione per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Esempio – prestazioni extraospedaliere

Qualora la richiesta di assistenza diretta extraospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 5 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione extraospedaliera, ossia entro i 2 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 3 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative (2 giorni esclusi sabato domenica e festivi) prima dell'evento.

La Centrale Operativa 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;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione;
- data della prestazione;
- prestazione da effettuare;
- diagnosi o quesito diagnostico (ove previsto).

L'Assistito dovrà trasmettere **via fax, e-mail, portale web o tramite App**, alla Centrale Operativa:

- certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico (ove previsto);
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile.
- per la garanzia “tutela della genitorialità” il certificato medico comprovante lo stato di gravidanza.

Per il solo Pacchetto Premium:

- per la garanzia “disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)” il certificato rilasciato da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale.
- per la garanzia “psicoterapia” il certificato rilasciato da medico ASL o medico psichiatra.

È possibile trasmettere la documentazione afferente l'autorizzazione:

- +39.0422.174.4823 via fax
- assistenza.fs@cassarbmsalute.it via mail
- via App "Citrus per Ferrovie";
- portale web www.fs.cassarbmsalute.it

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmessa all'Assistito a mezzo e-mail o sms e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assistito dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assistito non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare la stessa da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della email sarà presente un *link web* breve (c.d. "*tiny link*") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

RBM Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati

B.1.2 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative (2 giorni esclusi sabato domenica e festivi), è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa tramite mail all'indirizzo assistenza.fs@cassarbmsalute.it o a mezzo fax (0422.17.44.823) allegando:

- prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere

oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative (1 giorno, esclusi sabato domenica e festivi) di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore lavorative (1 giorno, esclusi sabato domenica e festivi), senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

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. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

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

B.1.3 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, se previsto dal proprio Piano Sanitario, nei termini e limiti da questo previsti. Le indicazioni di cui sopra non saranno operanti nel caso di urgenza medico sanitaria.

B.2 DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE

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, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento). **RBM Salute 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'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

C. CURE ODONTOIATRICHE

MODALITA' DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE IN NETWORK (FORMA DIRETTA)

Autorizzazione di una visita odontoiatrica e due sedute di ablazione tartaro

L'Assistito che vuole accedere alle cure dentarie deve preventivamente (almeno 48 ore lavorative prima dell'appuntamento, 2 giorni esclusi sabato, domenica e festivi) contattare la Centrale Operativa accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.fs.cassarbmsalute.it - AREA RISERVATA, dall'App mobile, oppure contattando i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.991.828** da telefono fisso e cellulare (numero verde gratuito);
- **+39.0422.174.4323** per chiamate dall'estero.

L'Assistito dovrà fornire le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- nome del dentista convenzionato presso il quale verrà effettuata la prestazione;
- data della prestazione.

Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.

La Centrale Operativa invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico, autorizzando le prestazioni.

L'Assistito riceverà l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, da portare con sé il giorno dell'appuntamento.

Per l'effettuazione delle prestazioni non è necessario disporre della prescrizione.

LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

D. DOMANDA DI RIMBORSO

COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Le richieste di rimborso possono essere presentate entro **tre mesi** di calendario dalla data di emissione dei documenti di spesa per i quali si richiede il rimborso.

La richiesta di rimborso può essere fatta **cartacea** e **on line**. In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso è a favore dell'Assistito titolare della copertura.
- le prestazioni devono
 - essere prescritte da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni; se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto
 - essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)
 - essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico, ove previsto (indicazione della patologia o sospetta tale)
 - fatturate da Istituto di Cura come descritto nel glossario del nomenclatore. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

RBM Salute, a seguito di opportune verifiche, accrediterà quanto dovuto sul conto corrente dell'Assistito entro 45 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assistito può compilare il Modulo richiesta di rimborso (www.fs.cassarbmsalute.it - sezione: Modulistica;

nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo RBM Salute prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo), e allegare in fotocopia:

1. documentazione medica

a) **ove previsto, prescrizione** (compresa la prescrizione medica elettronica) con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi, ossia l'indicazione della patologia, presunta o accertata. Si precisa che potranno essere liquidati sinistri con carattere di prevenzione e controllo, o con indicazione in prestazione della sola sintomatologia, solo nei casi espressamente previsti nel piano sanitario (ad esempio per il Pacchetto Standard: rimborso ticket SSN, visita specialistica annua). In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

b) con riferimento alla garanzia “**sostegno del reddito per il personale inidoneo**”, documentazione sanitaria rilasciata dalla Direzione Sanità di RFI S.p.A. e da altri soggetti istituzionalmente deputati all'accertamento della malattia professionale, infortunio sul lavoro, o grave patologia. Si precisa che la documentazione consiste nella certificazione medico-legale di inidoneità definitiva attestante la diagnosi motivo della non idoneità al profilo di appartenenza.

c) **cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura (come definito nel glossario del nomenclatore) presso il Pronto Soccorso.

d) **relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;

e) **per il solo Pacchetto Premium:**

con riferimento alla garanzia Indennità di maternità o paternità:

- Copia della domanda di Congedo parentale all'INPS;
- Copia del certificato rilasciato dall'INPS in merito alla domanda di Congedo parentale;
- Copia Certificato di nascita del figlio per il quale si richiede l'Indennità di Maternità/Paternità;
- Copia del Cedolino Presenze/Busta Paga estraibile dai sistemi FS dal quale risulti l'assenza per Congedo parentale;
- Autocertificazione del soggetto con dichiarazione di non aver usufruito prima del 01/07/2020 di Congedo parentale per il figlio per il quale viene richiesta l'indennità.

con riferimento alle prestazioni per invalidità permanente, certificato dell'INPS attestante l'invalidità (da infortunio sul lavoro o malattie professionali, per patologia).

con riferimento alle prestazioni per DSA, disturbi specifici dell'apprendimento, certificato medico

rilasciato da specialista in neuropsichiatria infantile del SSN.

con riferimento alle prestazioni per psicoterapia, il certificato rilasciato da medico ASL o medico psichiatra.

f) **per il solo Piano Executive** dove prevista la garanzia Trisomia 21, certificato medico attestante la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità;

2. documentazione di spesa quietanzata (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura (come definito nel glossario del nomenclatore). La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. In caso di prestazioni in regime misto, con riferimento agli onorari dell'equipe non convenzionata è necessario produrre anche il documento di avvenuto pagamento degli stessi rilasciato dalla struttura sanitaria. Si precisa che la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite. In caso di più prestazioni quietanzate con lo stesso documento di spesa, dovrà essere riportata la scomposizione di ogni singola prestazione.

La documentazione dovrà essere redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assistito. La documentazione di spesa deve avere la marca da bollo nei casi normativamente previsti e deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. **In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

Cassa Previmed – Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N - Ufficio Liquidazioni

Via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde – 31022 Preganziol (TV)

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assistito può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (www.fs.cassarbmsalute.it - AREA RISERVATA)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che RBM Salute considera equivalente all'originale. RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

Decesso dell'Assistito

Nel caso in cui, durante il periodo di validità del piano sanitario, sopravvenga il decesso dell'Assistito, al fine di ottenere i rimborsi presentati o da presentare relativi all'Assistito deceduto, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'Assistito,
- Copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- In assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'Assistito è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire
- Fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni di Assicurazione (CDA).

SERVIZI ACCESSORI

E.1 LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet www.fs.cassarbmsalute.it (AREA RISERVATA), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso;
- tipologia prestazione medica;
- persona interessata (iscritto o familiare);
- totale rimborso;
- in caso di respingimento della richiesta di rimborso la relativa motivazione.

E.2 SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio **"SEGUI LA TUA PRATICA"**; l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua 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;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso con la motivazione.

E.3 ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE

Tutti gli Assistiti potranno utilizzare le funzionalità dell'Area Iscritti del sito web dedicato al proprio Piano Sanitario direttamente dal telefono cellulare o dal tablet (dispositivi Android, IOS-Apple), tramite apposita App "Citrus per Ferrovie".

Tramite tale App è possibile, in modo semplice ed immediato, richiedere l'autorizzazione per le prestazioni dirette (in Network) senza necessità di contattare la Centrale Operativa e di inserire le proprie domande di rimborso.

Peraltro attraverso l'utilizzo della fotocamera del proprio dispositivo mobile è possibile allegare con la massima facilità la documentazione medica e di spesa necessaria per l'erogazione delle prestazioni.

La App, inoltre, consente di verificare in tempo reale lo stato delle proprie pratiche e di verificare eventuali anomalie.

Per installare la App sarà sufficiente effettuare una ricerca su Play Store (Android) o Apple Store (IOS) e scaricarla gratuitamente sul proprio dispositivo mobile.

1) Le funzionalità

Il menù principale permette di accedere alle seguenti funzioni, fornite dall'applicativo:

- Visualizzazione e modifica dati anagrafici e di contatto
- Notifiche relative alle proprie pratiche
- Contatti
- Ricerca strutture convenzionate anche attraverso il servizio di geo-localizzazione
- Status e dettagli delle proprie pratiche
- Acquisizione mediante la fotocamera del proprio dispositivo mobile della documentazione medica e di spesa
- Inserimento domanda di rimborso online
- Inserimento richiesta di autorizzazione a prestazione presso strutture convenzionate (Pic on line)

2) L'accesso

Ciascun Assistito potrà autenticarsi utilizzando le credenziali già impostate sul portale del proprio piano sanitario. Dopo il primo accesso le password saranno (salva diversa opzione esercitata dall'Assistito) registrate automaticamente dall'applicazione per semplificare gli accessi successivi.

3) Ricerca strutture convenzionate

La ricerca delle Strutture Sanitarie convenzionate può essere attivata secondo due modalità:

Opzione 1, con i criteri tradizionali già presenti nell'Area Iscritti: provincia, CAP, nome struttura, comune

Opzione 2, mediante la nuova funzione di geo-localizzazione che consente di cercare le strutture convenzionate in un dato range chilometrico a partire dalla posizione attuale o dal proprio recapito. Individuata la Struttura Sanitaria di proprio interesse, l'Assistito potrà accedere alle informazioni di contatto. Inoltre, sarà possibile aggiungere la Struttura tra i contatti della propria rubrica, avviare una chiamata direttamente dalla APP o avviare il navigatore GPS integrato per localizzare o

raggiungere la Struttura selezionata.

4) Prestazioni Dirette Online

La funzione "Prestazioni Dirette ONLINE" consente all'Assistito di richiedere una prestazione sanitaria in network senza contattare preventivamente la Centrale Operativa.

L'Assistito dovrà esclusivamente selezionare la prestazione richiesta, e, ove previsto, digitare la patologia (presunta o accertata) e fotografare l'impegnativa del suo medico.

Successivamente, l'Assistito dovrà selezionare il beneficiario della prestazione tra gli Assistiti appartenenti al proprio nucleo familiare per il quale intende richiedere la prestazione sanitaria ed eventualmente indicare gli estremi dell'appuntamento già fissato con la Struttura Sanitaria appartenente al Network.

Infine, selezionato il nome della Struttura Sanitaria prescelta ed il nominativo del medico che effettuerà la prestazione l'Assistito deve confermare il riepilogo della presa in carico registrata ed autorizzare l'invio della propria richiesta.

La Centrale Operativa riceverà in tempo reale la richiesta e provvederà ad inviare riscontro via sms o e-mail all'Assistito secondo le tempistiche sopra descritte.

5) Domanda di Rimborso Online (D.D.R.)

La funzione D.D.R. consente all'Assistito di richiedere il rimborso di una prestazione sanitaria già effettuata.

L'Assistito dovrà selezionare il beneficiario, la prestazione effettuata e fotografare la documentazione medica rilasciata (prescrizione medica ove prevista e fattura/ricevuta). Una volta caricata tutta la documentazione e data conferma, l'Assistito potrà consultare lo stato della propria domanda di rimborso.

6) Consultazione Pratiche

La Sezione "Lista Pratiche" permette una visione omnicomprensiva della situazione delle proprie pratiche sanitarie classificandole in tre categorie:

- Appuntamenti presso Strutture Sanitarie convenzionate;
- Pratiche a rimborso aperte, inoltrate alla Compagnia o sospese;
- Pratiche concluse.

E.6 ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE AGEVOLATE

RBM Salute mette a disposizione degli Assistiti del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network Sanitario, per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.

Nel portale web sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card.

Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

Ad ogni Assistito sarà assegnata una Card elettronica è nominativa, scaricabile attraverso la App "Citrus per Ferrovie" o attraverso l'area riservata.