



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

GUIDA INFORMATIVA

Mod. CA186372 - 052021

INDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. POST VENDITA | 4 |
| RICEZIONE CREDENZIALI – PER L’AZIENDA | 4 |
| RICEZIONE CREDENZIALI – PER L’ASSICURATO | 4 |
| CONTATTI UTILI | 4 |
| 2. PROCEDURA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA O MISTA | 5 |
| A. PRIMA DELLA PRESTAZIONE | 5 |
| B. ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA (SOLO PER LA GARANZIA RICOVERO) | 9 |
| C. LA PRENOTAZIONE | 10 |
| D. CENTRALE OPERATIVA NON ATTIVATA | 10 |
| E. DOPO LA PRESTAZIONE | 10 |
| F. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE | 11 |
| COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE? | 12 |
| 3. PROCEDURA DI RICHIESTA DI RIMBORSO | 13 |
| A. RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA | 13 |
| B. RICHIESTA DI RIMBORSO ON LINE | 16 |
| COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO? | 17 |
| 4. “SEGUI LA TUA PRATICA” – CONSULTAZIONE HOME INSURANCE | 18 |
| 1. SERVIZIO “SEGUI LA TUA PRATICA” | 18 |
| 2. CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE | 19 |

I contenuti di questa Guida hanno carattere puramente riassuntivo ed esemplificativo di quanto riportato nel documento denominato “Condizioni di assicurazione”, che regola le prestazioni assicurative erogate da Intesa Sanpaolo RBM Salute per dare esecuzione ai Piani Sanitari. Qualsiasi pretesa che gli assicurati avanzino nei confronti della Compagnia dovrà fondarsi esclusivamente sulle previsioni contenute nelle Condizioni di assicurazione. In caso di eventuale contrasto tra quanto scritto in questa Guida e quanto riportato nelle Condizioni di assicurazione, vale sempre e solo quanto riportato all’interno delle Condizioni di assicurazione.

1.

POST VENDITA

ALCUNE INFORMAZIONI IMPORTANTI

Di seguito vi forniamo le informazioni per ricevere le credenziali sia per l'azienda (Marlène) che per il titolare del piano sanitario (Area Riservata Arena) e i contatti utili in caso di necessità.

RICEZIONE CREDENZIALI – PER L'AZIENDA

Trascorsi circa 3 giorni dall'emissione del Piano Sanitario, **l'AZIENDA riceverà**, all'indirizzo e-mail per *comunicazioni future* che è stato comunicato in fase di acquisto, **una e-mail contenente le credenziali di accesso a Marlène** utili per aggiornare le anagrafiche comunicate alla decorrenza, in corso di copertura.

Indirizzo e-mail per comunicazioni future (NO PEC):

anche in caso di invio delle comunicazioni via posta è necessario indicare una e-mail di un «operativo» per la gestione del contratto (es. Credenziali di accesso, Regolazioni premio...).

RICEZIONE CREDENZIALI – PER L'ASSICURATO

Trascorsi circa 3 giorni dall'emissione del Piano Sanitario, **l'ASSICURATO riceverà**, all'indirizzo e-mail *Titolare* che è stato comunicato dall'Azienda in fase di acquisto, **una e-mail con le credenziali di accesso all'area riservata (Arena) per la gestione online in autonomia delle pratiche sinistri** (per sé e per i propri familiari, qualora presenti).

È importante che l'Azienda comunichi l'indirizzo mail nominativo al fine di far pervenire direttamente solo all'Assicurato le credenziali personali.

CONTATTI UTILI

| ATTIVITÀ | CONTATTO |
|--------------------------------|---|
| Assistenza AZIENDA : | 0422.17.44.159 |
| Assistenza ASSICURATO : | 800.991.778 0422.17.44.219 (per chi chiama da cellulare o dall'estero) |

2.

PROCEDURA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI - REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA O MISTA

A. PRIMA DELLA PRESTAZIONE

Sono previste 2 fasi:

- 1) richiesta del voucher
- 2) rilascio del voucher

FASE 1: RICHIESTA DEL VOUCHERSALUTE®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa** (attiva **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**) allegando la documentazione necessaria.

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, **l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica (escluso il pacchetto prevenzione).**

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire (escluse le prestazioni odontoiatriche e la fisioterapia); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Come chiedere il voucher:

- **con l'app mobile**
- **da portale web**
- **per telefono:**
 - **800.991.778** da telefono fisso (numero verde);
 - **+39 0422.17.44.219** da cellulare e per chiamate dall'estero.

Dati da fornire alla Centrale Operativa

- **cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite dalla Compagnia**
- **prestazione da effettuare**
- **diagnosi o quesito diagnostico.**

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (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:
 - è necessaria la prescrizione del medico di base per: alta specializzazione, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
 - prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: la prescrizione deve essere fatta da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto;
- per prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero e dalle terapie: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione sanitaria.

- **copia del certificato di prenotazione del ricovero**, o dell'autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta, per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta.
- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
 - **referto di Pronto Soccorso**, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio; se non ci sono strutture di pronto soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
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); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra.
 - 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'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione (solo per l'opzione top) in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- **prestazioni odontoiatriche:** per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:
 - fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan
 - certificati di laboratorio
 - come meglio dettagliati nella tabella seguente:

| | ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI/EVIDENZE PRE PRESTAZIONE RICHIESTI | ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI/EVIDENZE DURANTE L'ESECUZIONE PRESTAZIONE RICHIESTI | ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI/EVIDENZE POST PRESTAZIONE RICHIESTI |
|--|--|---|--|
| AVULSIONE (estrazione denti) | Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomamiche | | Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche fattura dell'anestesista |
| IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato) | Radiografie endorali e/o ortopantomamiche e/o Dentalscan | | Radiografie endorali e/o ortopantomamiche |

- **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti.

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del Sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

COME TRASMETTERE I DOCUMENTI:

- da portale web o con l'app mobile
- per mail: assistenza.bdt@previmedical.it

RICERCA DELLA STRUTTURA

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa
- se disponibili nel territorio, **sono individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative** (in caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione entro 30 giorni dal rilascio del voucher** l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate proposte, o può individuarne una diversa; in quest'ultimo caso *la Centrale operativa non garantisce che la prestazione sia eseguita entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.*

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post Ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

Esempio: se le prestazioni post ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

FASE 2: RILASCIO DEL VOUCHERSALUTE®

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale operativa:
 - rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: Franchigie, Scoperti)
 - può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
 - invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

VALIDITÀ E RIEMMISSIONE DEL VOUCHERSALUTE®

Il VoucherSalute® è valido 30 giorni dalla data di emissione.

Se è scaduto da massimo 7 giorni: l'Assicurato può chiederne la riemissione immediata entro 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria area riservata o l'app Mobile senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.

Se è scaduto da più di 7 giorni: l'Assicurato deve chiedere l'emissione di un nuovo VoucherSalute®, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2021; a partire dal 20/03/2021 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute®, per una validità di altri 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2021 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2021, per un totale 90 giorni dal 01/03/2021.

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi.

Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato. Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale operativa.

MODIFICHE O INTEGRAZIONI ALLE PRESTAZIONI

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (vedi qui sotto, par. b).

B) ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA (SOLO PER LA GARANZIA RICOVERO)

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

- L'Assicurato può chiedere il rilascio del voucher **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'Assicurato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa** (per mail assistenza.bdt@previmedical.it) 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'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

C) LA PRENOTAZIONE

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione dalla Compagnia, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

D) CENTRALE OPERATIVA NON ATTIVATA

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

E) DOPO LA PRESTAZIONE

- *L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (Scoperti, Franchigie, prestazioni non previste dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)*
- La Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di Polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di ricovero Cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: Franchigie e Scoperti, superamento di Massimali).

¹ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

F) RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

In Assistenza diretta, se si accerta che la Polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione

- La Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- *L'Assicurato deve*
 - *restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici*
 - *oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.*

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

**STRUTTURA
CONVENZIONATA
IN REGIME DIRETTO**



- Richiedi l'emissione del **VoucherSalute®** che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni di calendario dalla richiesta.
- Ottenuto il **VoucherSalute®** fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher.
- Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.



AREA RISERVATA
www.intesasanpaolorbmsalute.com
sezione "Polizze sanitarie collettive" –
"Modulistica"



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



CENTRALE OPERATIVA
800.991.778



3.

PROCEDURA DI RICHIESTA DI RIMBORSO

La richiesta può essere fatta in 2 modi:

- a) **cartacea,**
- b) **on line.**

In entrambi i casi:

- **la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.**
- le prestazioni devono
 - **essere prescritte da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni, ad eccezione delle prestazioni odontoiatriche; 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 (indicazione della patologia o sospetta tale)**
 - **essere fatturate** da Istituto di Cura o da Centro Medico. Possono essere presentate anche fatture emesse da medico specialista purché riporti 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, Intesa Sanpaolo RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 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'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.intesasanpaolorbmsalute.com sezione "Polizze sanitarie collettive" – "Modulistica"). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta di Rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di Rimborso copia dei seguenti documenti:*

- 1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. Possono essere presentate anche fatture emesse da medico specialista purché riporti in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**. 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.
Nel caso in cui la fattura si riferisca a più prestazioni, ogni voce e il relativo importo devono essere riportate singolarmente all'interno del documento di spesa (ad esempio per visita ginecologica ed ecografia transvaginale la fattura deve dettagliare il costo della visita e dell'ecografia separatamente e non riportare solo il costo complessivo). In caso utilizzo del SSN, se la fattura non specifica il regime di erogazione e il dettaglio delle prestazioni eseguite, è necessario presentare il certificato di prenotazione o accettazione.
- 2. prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche;
- 3. copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O**, in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 4. dettagliata relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale;
- 5. certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico².
La richiesta di Rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno;
- 6. referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** (solo per l'opzione top), in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale;

² D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

7. per trattamenti fisioterapici:

- **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata,
- indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione,
- In caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico.

8. per prestazioni in Regime misto: l'Assicurato deve presentare anche:

- un modulo sottoscritto dalla struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata, oppure
- prova del pagamento degli onorari medici (per esempio copia del bonifico bancario eseguito).

9. in caso di Infortunio devono essere presentati anche:

- **referto del pronto soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di pronto soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
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); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra;
- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo.**
In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di Rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

10. certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità**11. in caso di indennità per ricovero o per convalescenza post ricovero in terapia intensiva:**

copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del Sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
c/o PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
Via Enrico Forlanini, 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

B) RICHIESTA DI RIMBORSO ON LINE

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

- **dalla propria area riservata** (<https://webab.intesasanpaolorbmsalute.com/arenaispbd/>)
- **attraverso la app mobile.**

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che la Compagnia considera equivalente all'originale. La Compagnia 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.

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

PRESTAZIONE IN REGIME RIMBORSUALE, TICKET E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



Presentare richiesta di rimborso allegando copia
della documentazione medica
(copia della prescrizione medica e patologia)
e copia dei documenti di spesa.



AREA RISERVATA

www.intesasanpaolorbmsalute.com
sezione "Polizze sanitarie collettive" –
"Modulistica"



APP GRATUITA

GooglePlay e Apple store



FORMA CARTACEA

(compila il modulo e invia copia
della documentazione)

4.

“SEGUI LA TUA PRATICA” – CONSULTAZIONE HOME INSURANCE

1. SERVIZIO “SEGUI LA TUA PRATICA”

È a disposizione il servizio “Segui la tua pratica”, che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l’invio di SMS.**

L’Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. Attivando il servizio, l’Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell’ufficio liquidazioni della domanda di Rimborso
- b) predisposizione dell’ordine di pagamento della domanda di Rimborso
- c) eventuale rifiuto della domanda di Rimborso perché non indennizzabile.

2. CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Web (<https://webab.intesasanpaolorbmsalute.com/arena-ispbdt/>)

Area riservata

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso
- visualizzare le CDA in "la mia copertura".

App mobile "Citrus"

Con l'app mobile "Citrus®", è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta.



Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.