

# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

Rimborso Spese Mediche

## MANUALE OPERATIVO

Il presente manuale esemplificativo non ha valenza contrattuale, fare sempre riferimento alle condizioni di polizza.



## PREMESSA

Questo Manuale ha lo scopo di fornire uno strumento per una chiara ed agevole interpretazione delle prestazioni offerte dal programma assicurativo Rimborso Spese Mediche, oltre a fornire tutta la modulistica necessaria per la denuncia dei sinistri.

Per illustrare l'estensione della copertura assistenziali di rimborso spese mediche, vengono fornite le seguenti informazioni:

- Definizioni
- Estensione territoriale
- Esclusioni dall'assicurazione
- Limiti di età
- Garanzie
- Modalità di erogazione delle prestazioni
- Criteri di liquidazione
- Quadro sinottico principali garanzie
- Condizioni di assicurazione
- Oggetto dell'assicurazione
  - B.1 area ricovero
  - B.2 alta specializzazione
  - B.3 visite specialistiche/accertamenti diagnostici
  - B.4 trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia o infortunio
  - B.5 lenti e / o lenti a contatto (escluse le montature)
  - B.6 prestazioni odontoiatriche
  - B.7 pacchetto prevenzione
  - B.8 protesi ortopediche e acustiche
  - B.9 garanzia per stati di non autosufficienza
  - B.10 pacchetto maternità
  - B.11 consulenza organizzativa socio assistenziale
- Allegato 1 copertura assicurativa rimborso spese mediche  
Numero preventivato
- Allegato 2 copertura assicurativa rimborso spese mediche  
Piano ad adesione facoltativa
- Allegato a elenco grandi interventi chirurgici
- Allegato 3 alle condizioni di assicurazione  
Il servizio di pagamento diretto
- Allegato 4 alle condizioni di assicurazione  
Procedura operativa "pronto-care" – cure dentarie

L'intento è quello di semplificare la comprensione dei contenuti del programma adottato dall' Università degli Studi di Milano, tuttavia tale descrizione mantiene comunque un valore indicativo e non impegna la stessa. In caso di dubbie interpretazioni, farà testo quanto contenuto nella polizza sottoscritta dalla Società.

**Il presente manuale esemplificativo non ha valenza contrattuale, fare sempre riferimento alle condizioni di polizza.**

## **DEFINIZIONI**

<b>Accertamento diagnostico</b>	Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
<b>Assicurato/Beneficiario</b>	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nello specifico: - Personale tecnico-amministrativo (PTA a tempo determinato, PTA a tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici, Dirigenti) e personale docente (ricercatori; professori associati; professori ordinari) e assegnisti e dottorandi con borsa dell'Associato, Università degli Studi di Milano (si veda Allegato 1) - Nucleo familiare del personale tecnico-amministrativo e del personale docente intendendosi per tale, il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli fino al compimento del trentesimo anno di età, questi ultimi anche non conviventi purché risultanti dallo stato di famiglia (si veda Allegato 2).
<b>Assicurazione</b>	Il contratto di assicurazione dal Contraente.
<b>Associato</b>	Università degli Studi di Milano.
<b>Broker</b>	Il soggetto incaricato dall' Associato della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
<b>Case Manager</b>	Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.
<b>Centrale Operativa</b>	È la struttura della Società costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza. La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.
<b>Contraente</b>	Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) Cassa Previline iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.
<b>Day Hospital</b>	Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.
<b>Difetto fisico</b>	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
<b>Documentazione medica</b>	Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci)
<b>Franchigia</b>	La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l'importo garantito.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Indennità sostitutiva (Diaria)</b>	Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero e in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad essi comunque connesse.
<b>Infortunio</b>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Intervento Chirurgico</b>	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

<b>Intervento Chirurgico Ambulatoriale</b>	Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
<b>Istituto di Cura</b>	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
<b>Malattia</b>	Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.
<b>Malformazione</b>	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
<b>Massimale</b>	L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
<b>Polizza</b>	Cassa Previlina (Fondo sanitario/Cassa di Assistenza), iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Ricovero</b>	La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.
<b>Scoperto</b>	La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>Sinistro</b>	Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.
<b>Società</b>	Generali Italia S.p.A. che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'Art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
<b>Strutture Mediche Convenzionate</b>	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, tra cui i centri diagnostici (sia di diagnostica per immagini che di laboratorio), gli Studi odontoiatrici, i Centri di fisioterapia e gli Studi medici e relativi medici chirurghi, con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

## ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

La Società, tramite accordi internazionali, può offrire la possibilità agli assicurati di utilizzare una rete di strutture convenzionate anche all'estero, ottenendo così il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato), previa autorizzazione della centrale operativa.

## ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE



### Che cosa non è assicurato?

Le principali esclusioni sono relative a:

- ✗ le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- ✗ la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- ✗ le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previsti in polizza)
- ✗ le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- ✗ i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- ✗ gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- ✗ i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

- ✗ Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- ✗ gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- ✗ il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- ✗ gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- ✗ gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- ✗ le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ✗ le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- ✗ le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale

*Le esclusioni sono contenute nelle condizioni di assicurazione e sono contraddistinte dal carattere corsivo.*

## LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.

## GARANZIE



**Che cosa è assicurato?**

**L'assicurato ha diritto ad una indennità in caso di Ricovero:**

- ✓ Con o senza Intervento chirurgico
- ✓ Intervento chirurgico ad Alta Specializzazione

Sono disponibili garanzie aggiuntive quali il rimborso a seguito di infortunio o malattia di:

- ✓ Determinate prestazioni diagnostiche e terapeutiche non collegate a ricovero- Alta specializzazione
- ✓ Visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- ✓ Prestazioni odontoiatriche
- ✓ Lenti
- ✓ Protesi ortopediche e acustiche
- ✓ Garanzia Non Autosufficienza
- ✓ Pacchetto Maternità



**Ci sono i limiti di copertura?**

Il contratto prevede limiti di indennizzo, franchigie (intendendosi per franchigia l'importo, in cifra fissa, stabilito nel contratto, che viene dedotto dall'indennizzo in caso di sinistri) e scoperti (intendendosi per scoperto la percentuale di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato), che variano a seconda delle garanzie attivate.

Per fruire delle prestazioni di polizza l'assicurato ha la possibilità di accedere ad una rete convenzionata di Strutture Sanitarie nelle quali sono previste delle franchigie e scoperti inferiori a quelli che si applicano accedendo a Strutture sanitarie non convenzionate.

Il contratto può prevedere inoltre dei periodi di carenza (periodi di tempo che devono trascorrere prima che la copertura sia operante).

Le franchigie, gli scoperti, le carenze e le cause di sospensione sono contenute nelle condizioni di assicurazione e sono

contraddistinte dal carattere corsivo.

## MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La presente copertura prevede due regimi alternativi di erogazione delle prestazioni:

- A. Strutture Mediche Convenzionate: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, tra cui i centri diagnostici (sia di diagnostica per immagini che di laboratorio), gli Studi odontoiatrici con cui la Società Generali Italia S.p.A ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni alle quali l'Assistito potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza, senza l'anticipo di alcuna somma, rimarranno a proprio carico solo gli eventuali scoperti e franchigie e gli importi eccedenti i limiti e sotto-limiti di polizza. Le modalità operative del servizio sono disciplinate dal presente manuale Allegati 3 e 4.

### Reti convenzionate

#### Rete delle "Strutture Convenzionate"

Generali Italia ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati ai quali gli Assicurati possono rivolgersi, attraverso l'attivazione della Centrale Operativa, per le prestazioni previste dal contratto con costi sostenuti direttamente dalla Società, *ad eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa*. Le modalità operative del servizio sono disciplinate dalla guida al servizio che forma parte integrante del presente contratto (Allegato 3).

#### Rete Pronto-Care

Generali Italia, in collaborazione con Pronto-Care, ha studiato e realizzato un servizio di accesso ad una rete convenzionata di Studi Odontoiatrici dove gli Assicurati possono usufruire delle prestazioni odontoiatriche. Modalità nei termini dell'Allegato 4 e/o compilazione del **MODULO RICHIESTA RIMBORSO FUORI RETE ODONTOIATRIA**

- B. Assistenza sanitaria rimborsuale: l'Assistito può scegliere di effettuare prestazioni presso una struttura e/o un professionista non convenzionato con la Società Generali Italia S.p.A. In tal caso sarà cura dell'Assistito anticipare le spese e chiedere successivamente il rimborso attraverso l'Applicativo Denuncia On Line (DOL). Le modalità operative del servizio sono riportate nel Manuale DenunciaOnLine..

## CRITERI DI LIQUIDAZIONE

*La Società effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata e direttamente all'Assicurato, previa presentazione delle fotocopie delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.*

*Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.*

*Per la corresponsione delle indennità per i giorni di ricovero, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, previa presentazione dei documenti giustificativi (cartella clinica completa e documentazione medica) attestanti durata e ragioni del ricovero.*

**La richiesta di rimborso può essere inviata con una raccomandata A.R. contenente l'apposito modulo sottoscritto e la documentazione inerente, oppure tramite internet.** Per accedere al servizio web (tramite pc, smartphone o tablet) occorre collegarsi al sito di Generali <http://www.generali.it/> e cliccare sulla voce "Area Clienti".

In alternativa è possibile utilizzare il link diretto all'applicativo <https://areaclienti.spesemediche.generali.it/>.

## QUADRO SINOTTICO PRICIPALI GARANZIE

Tutte le spese indicate sotto i paragrafi, si intendono comprese fino a concorrenza dell'importo di riferimento, salvo ove espressamente indicato un limite.

Le garanzie comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assistiti in copertura.

Le presenti garanzie si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

**Il presente manuale esemplificativo non ha valenza contrattuale, fare sempre riferimento alle condizioni di polizza.**

Descrizione Garanzia	Massimale	Scoperti e franchigie
<b>B.1 Diaria da Ricovero</b>	€ 100 con il max di 90 gg € 150 in caso di Intervento ad Alta Specializzazione	
<b>B.2 Alta Specializzazione</b>	€ 50.000	Scoperto:

<p>(Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, colonscopia, laserterapia a scopo fisioterapico, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, MOC, telecuore, artrografia, broncografia, cistografia, cistouretrografia, clisma opaco, colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP), colangiografia percutanea (PTC), colangiografia trans Kehr, colecistografia, dacriocistografia, defecografia, fistolografia, flebografia, fluorangiografia, galattografia, isterosalpingografia, mielografia, retinografia, rx esofago con mezzo di contrasto, rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto, rx tenue e colon con mezzo di contrasto, scialografia, splenoportografia, urografia, vesciculodeferentografia, videoangiografia, wirsunggrafia, elettroencefalogramma, elettromiografiav. elenco prestazioni)</p> <p>in caso di</p> <p><b>Cure Oncologiche</b></p>	<p><b>€. 50.000</b></p>	<p><i>in rete:</i> Rimborso al 100% <i>fuori rete:</i> 10% con franchigia min € 30 Ticket: rimborso al 100%</p> <p><u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> Rimborso al 100% <i>fuori rete:</i> 10% con franchigia min € 30 Ticket: rimborso al 100%</p>
<p><b>B.3 Visite specialistiche/Accertamenti diagnostici</b></p> <p>di cui</p> <p><b>Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (con quesiti diagnostico)</b></p>	<p><b>€ 5.000</b></p> <p><b>Sotto-limite € . 250</b></p>	<p><u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> Rimborso al 100% <i>fuori rete:</i> 20% con franchigia min € 30 per accertamento Ticket: rimborso al 100%</p> <p><u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> Rimborso al 100% <i>fuori rete:</i> 20% con franchigia min € 30 per accertamento Ticket: rimborso al 100%</p>
<p><b>B.4 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia o infortunio</b></p>	<p><b>€ 500</b></p>	<p><u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> rimborso al 100% <i>fuori rete:</i> Scop. 25% con il min di € 30,00 per ogni fattura o ciclo di cure Ticket: rimborso al 100%</p>
<p><b>B.5 Lenti e / o lenti a contatto (Escluse le montature)</b></p>	<p><b>€ 300 per assicurato</b></p>	<p><u>Scoperto:</u> 0% rimborso al 100%</p>
<p><b>B.6 Prestazioni odontoiatriche</b></p>	<p><b>€ 700</b></p>	<p><u>Scoperto:</u> <i>in rete:</i> rimborso al 100% <i>fuori rete:</i> 15%; Ticket: rimborso al 100%</p>
<p><b>B.7 Pacchetto prevenzione:</b></p> <p><b>Prevenzione dentistica (visita specialistica e una igiene orale completa)</b></p> <p>di cui</p> <p><b>Prevenzione</b></p>	<p><b>1 volta / anno</b></p> <p><b>1 volta / anno</b></p>	<p>Solo rete – in un'unica soluzione</p> <p>rimborso al 100%</p> <p>rimborso al 100%</p> <p>.</p>



<p>Per <b>tutti</b>: alanina aminotransferasi ALT, aspartato aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), TSH riflesso, urea, VES, urine - esame chimico, fisico e microscopico, feci (ricerca del sangue occulto.)</p> <p>Solo per le <b>donne</b> Visita ginecologica + pap test; Visita Cardiologica + ECG da sforzo - per questo esame è richiesta la prescrizione medica; mammografia o in alternativa ecografia mammaria a scelta dell'assicurato - per questi esami è richiesta la prescrizione medica ;Visita dermatologica per controllo nei.</p> <p>Solo per gli <b>uomini</b>: PSA -specifico antigene prostatico;visita urologica; Visita Cardiologica + ECG da sforzo - per questo esame è richiesta la prescrizione medica;visita dermatologica per controllo nei.</p>		
<p><b>B.8 Protesi ortopediche e acustiche</b></p>	<p><b>€ 10.000</b></p>	<p>Scoperto 20% con franchigia min € 30 per fattura</p>
<p><b>B.9 Garanzia per stati di non autosufficienza</b></p>	<p><b>€ 5.000,00</b> per assicurato per ciascun mese di permanenza dello stato di non autosufficienza documentata (frazionabile in giorni).</p>	<p>rimborso al 100%</p>
<p><b>B.10 Pacchetto Maternità</b> (In network: Ecografie di controllo, Biotest/ translucenza nucale, Test del DNA fetale, Amniocentesi, Villocentesi, Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza <b>Anche fuori network:</b> Visite specialistiche ginecologiche e ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza.)</p>	<p><b>€. 2.000 per evento</b></p>	<p>rimborso al 100%</p>

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore del personale tecnico-amministrativo (PTA tempo determinato, PTA tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici, Dirigenti) e personale docente (ricercatori; professori associati; professori ordinari) e assegnisti e dottorando con borsa dell'Associato, Università degli Studi di Milano (si veda Allegato 1).

Viene inoltre garantita la facoltà di estendere la presente assicurazione, con le medesime garanzie, al nucleo familiare intendendosi per tale, il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli, questi ultimi fino al trentesimo anno di età anche non conviventi purché risultanti dallo stato di famiglia (si veda Allegato 2).

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, rimborsa le spese sanitarie sostenute per:

#### B.1 AREA RICOVERO

In caso di ricovero in struttura pubblica o privata con o senza intervento chirurgico, l'assicurato avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

L'indennità di cui sopra sarà elevata ad **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero nel caso di grande intervento chirurgico come da elenco allegato A).

La Società, per un periodo di 90 gg successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica fino ad un massimale di **€ 10.000,00**.

La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle posizioni contenute nelle stesse.

La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con la Società, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% per sinistro

#### B.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Angiografia, chemioterapia e terapie radianti, cobaltoterapia, diagnostica radiologica, dialisi, doppler, ecografia, ecocardiografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia, colonscopia, laserterapia a scopo fisioterapico, radioterapia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, PET, TAC, MOC, telecuore, artrografia, broncografia, cistografia, cistoureterografia, clisma opaco, colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP), colangiografia percutanea (PTC), colangiografia trans Kehr, colecistografia, dacriocistografia, defecografia, fistelografia, flebografia, fluorangiografia, galattografia, isterosalpingografia, mielografia, retinografia, rx esofago con mezzo di contrasto, rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto, rx tenue e colon con mezzo di contrasto, scialografia, splenoportografia, urografia, vescicolodiferentografia, videoangiografia, wirsungografia, elettroencefalogramma, elettromiografia.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di alcuna franchigia per accertamento e/o ciclo di terapia. (Rimborso al 100%).
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 10% con il minimo di € 30,00 per ogni accertamento e/o ciclo di terapie in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Si intende compresa in garanzia la biopsia effettuata a seguito di uno degli esami sopra elencati. Massimale annuo assicurato: **€ 50.000,00** per assicurato, elevato a **€ 50.000,00** per cure oncologiche.

#### B.3 VISITE SPECIALISTICHE/ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Onorari per visite specialistiche con l'esclusione delle odontoiatriche e ortodontiche.

Massimale annuo assicurato **€ 5.000** per assicurato:

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di alcuna franchigia per accertamento. (Rimborso al 100%).
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 30,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

**Sottolimito di € 250** per accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (con quesito diagnostico):

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di alcuna franchigia per accertamento.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo di € 30,00 per ogni accertamento in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Ticket rimborsati al 100%.

Nel caso in cui contestualmente alla visita specialistica venga effettuato un accertamento diagnostico si applicherà un unico scoperto/franchigia.

## B.4 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

Rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di malattia o infortunio, compresa l'agopuntura a fini antalgici, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) senza applicazione di scoperti e franchigie.
- Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 25% con il minimo di € 30,00 per ogni fattura o ciclo di cure in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **€ 500,00** per assicurato

## B.5 LENTI E / O LENTI A CONTATTO (Escluse le montature)

Necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus. Massimale annuo assicurato **€ 300,00** per assicurato.

## B.6 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Comprende:

- Spese per terapie conservative e ortodonzia.
- Spese per le protesi dentarie.

Rimane altresì intesa la copertura per gli accertamenti odontoiatrici propedeutici a tali prestazioni.

- Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) e rimborso delle spese sostenute per ogni fattura in caso di prestazione effettuata in struttura non convenzionata con la Società.
- Struttura non convenzionata con la Società: applicazione di uno scoperto del 15%
- Ticket rimborsati al 100%.

Massimale annuo assicurato: **€ 700,00** per assicurato



Attenzione: a titolo esemplificativo e non esaustivo sono comprese nei limiti e nelle modalità della presente garanzia tutte le spese relative agli accertamenti odontoiatrici propedeutici a **TERAPIE CONSERVATIVE, ORTODONZIA e PROTESI DENTARIE** ( tra cui **implantologia**).

## B.7 PACCHETTO PREVENZIONE

### PREVENZIONE DENTISTICA (In un'unica soluzione\* e solo in centri convenzionati)

1 volta / anno è previsto il pagamento integrale di:

- una visita specialistica;
- una igiene orale professionale completa.

### PREVENZIONE (In un'unica soluzione\* e solo in centri convenzionati)

La Società assicuratrice provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate.

Elenco esami validi per tutti gli assicurati 1 volta / anno: alanina aminotransferasi ALT, aspartato aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), TSH riflesso, urea, VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico), feci (ricerca del sangue occulto).

### Prestazioni previste per le donne, 1 volta / anno:

- Visita ginecologica + pap test;
- Visita Cardiologica + ECG da sforzo (per questo esame è richiesta la prescrizione medica);
- mammografia o in alternativa ecografia mammaria a scelta dell'assicurato (per questi esami è richiesta la prescrizione medica);
- Visita dermatologica per controllo nei.

Prestazioni previste per gli uomini, 1 volta / anno:

- PSA (specifico antigene prostatico);
- visita urologica;
- Visita Cardiologica + ECG da sforzo (per questo esame è richiesta la prescrizione medica);
- Visita dermatologica per controllo nei.

**\* Con l'espressione "In un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale.**

**E' anche possibile richiedere esclusivamente una o più prestazioni presenti nel pacchetto prevenzione. Le prestazioni presenti nel pacchetto che non venissero richieste contestualmente non potranno più essere erogate nello stesso anno assicurativo.**

## B.8 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Protesi ortopediche e acustiche con applicazione di **scoperto 20%** e minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per fattura. Massimale annuo assicurato **€ 10.000,00** per assicurato.

## B.9 GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

### DEFINIZIONE DELLA GARANZIA

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'assicurato quando questi si trova in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo".

La garanzia si attiva solo nel caso di stato di non autosufficienza temporaneo.

### CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della presente garanzia, l'assicurato non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità al momento dell'inserimento nella polizza.

Avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare.

Trovarsi nelle condizioni di poter usufruire una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 40%.

Presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.

Essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

### DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEO

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l'assicurato che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi sulla base delle seguenti definizioni:

Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio;

- Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo;

- Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente;

- Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.

La Società corrisponde l'importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

### SOMMA ASSICURATA

Il massimale della garanzia, nel caso in cui l'assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo", **corrisponde a € 5.000,00 per assicurato per ciascun mese di permanenza dello stato di non autosufficienza documentata (frazionabile in giorni).**

## B.10 PACCHETTO MATERNITA'

Massimale **€ 2.000**

In gravidanza

In network: Ecografie di controllo, Bites/ translucenza nucale, Test del DNA fetale, Amniocentesi, Villocentesi, Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza

Anche fuori network: Visite specialistiche ginecologiche e ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza.

Dopo il parto: una visita ginecologica di controllo.

Nessuno scoperto/franchigia

## B.11 CONSULENZA ORGANIZZATIVA SOCIO ASSISTENZIALE

La Società fornisce una Consulenza Specialistica Socio Assistenziale all'assicurato che dovesse trovarsi, a causa di malattia o a seguito di infortunio, avvenuto successivamente all'effetto del contratto, in uno stato di non autosufficienza, intendendo per tale lo stato in cui sia necessario l'aiuto di un terzo per compiere due o più dei seguenti atti ordinari della vita quotidiana, quali, spostarsi, lavarsi, vestirsi e nutrirsi.

In questi casi la Società metterà a disposizione una centrale operativa, alla quale il socio o un suo familiare potrà rivolgersi per sottoporre il proprio caso.

La Società, dopo aver effettuato una specifica valutazione sulla singola posizione e considerate le specifiche necessità, attraverso un'adeguata intervista telefonica direttamente effettuata dal proprio Case Manager, proporrà:

- un Servizio di indirizzamento, ai servizi sanitari /sociali più opportuni per il non autosufficiente;
- darà informazioni sui servizi sanitari /sociali forniti dalle strutture socio assistenziali del territorio fornendo indicazioni sugli uffici deputati a svolgere queste mansioni;
- fornirà all'assicurato la "Guida Generale" contenente tutti i vari passaggi burocratici, amministrativi e normativi che regolamentano la posizione dei non autosufficienti e che devono essere attuati a tutela e presidio dell'assicurato in questa condizione.

## ALLEGATO 1

### COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

#### NUMERO PREVENTIVATO BENEFICIARI DI POLIZZA risultante al 14.02.2019:

Personale tecnico-amministrativo (PTA a tempo determinato, PTA a tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici, Dirigenti), Personale docente (ricercatori, professori associati, professori ordinari), assegnisti e dottorandi con borsa dell'Associato Università degli Studi di Milano

Il numero preventivato di soggetti beneficiari di polizza è pari a 3.922 unità, parametro utilizzato per il calcolo del premio di gara in sede di Offerta economica, ed è così calcolato:

#### A) Assicurati di polizza, personale con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica – CU, fino a € 60.000,00, di cui:

- Personale Tecnico e Amministrativo .....(1.960 unità)
- Personale Docente .....(1.390 unità)

#### B) Assicurati mediante adesione facoltativa (comunque previsti nel computo delle unità complessive per definire il numero di beneficiari preventivato, oggetto di parametro di calcolo del premio in sede di offerta economica) personale con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica – CU, da € 60.001,00 a € 100.000,00, di cui:

- Personale Tecnico e Amministrativo ..... (8 unità)
- Personale Docente .....(564 unità)

TOT. preventivato soggetti beneficiari .....SOMMANO (3.922 unità)

Sono, inoltre, soggetti beneficiari di polizza mediante adesione facoltativa le seguenti categorie di personale (tali unità di personale non saranno conteggiate nel numero preventivato di beneficiari, oggetto di parametro di calcolo del premio in sede di offerta economica):

#### C) Assicurati mediante adesione facoltativa personale con reddito da lavoro dipendente, risultante dalla Certificazione Unica – CU, da € 100.001,00. Nello specifico trattasi di:

- Personale docente .....(196 unità)

#### D) Assicurati mediante adesione facoltativa appartenenti alle categorie di:

- Assegnisti .....(676 unità)
- Dottorandi con borsa dell'Ateneo .....(734 unità)

**I soggetti delle categorie di cui alle lettere C) e D) - nel caso di adesione - verranno a tutti gli effetti considerati soggetti beneficiari di polizza alle medesime condizioni tecniche ed economiche dei soggetti delle categorie di cui alle lettere A) e B).**

## **ALLEGATO 2 COPERTURA ASSICURATIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE**

### **PIANO AD ADESIONE FACOLTATIVA**

**Famigliari del personale tecnico-amministrativo** (PTA a tempo determinato, del PTA a tempo indeterminato, dei Collaboratori ed Esperti linguistici, dei Dirigenti) **e del personale docente** (ricercatori, professori associati, professori ordinari) **dell'Associato Università degli Studi di Milano, come da stato di famiglia:**

**il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli fino al compimento del trentesimo anno di età, questi ultimi anche non conviventi purché risultanti dallo stato di famiglia** (come da definizione di pag. 2)

Si precisa che il numero dei famigliari che è possibile inserire è discrezionale e che non è fatto obbligo di inserire tutti i famigliari risultanti dallo stato di famiglia.

I famigliari - nel caso di adesione - verranno a tutti gli effetti considerati soggetti beneficiari di polizza alle medesime condizioni tecniche dei soggetti delle categorie di cui alle lettere A), B), C) e D) dell'Allegato 1, e alle seguenti specifiche condizioni economiche (fisse e non ribassabili):

premio annuo lordo pro-capite aggiuntivo per i familiari:

**€ 270,00 per il coniuge o convivente more uxorio**

**€ 250,00 per i figli**

**I massimali del piano rimarranno per persona.**

## ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

<b>NEUROCHIRURGIA</b>
1. Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
2. Interventi di cranioplastica
3. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
4. Asportazione tumori dell'orbita
5. Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
6. Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
7. Interventi sul plesso brachiale
<b>OCULISTICA</b>
8. Interventi per neoplasie del globo oculare
9. Intervento di enucleazione del globo oculare
<b>OTORINOLARINGOIATRIA</b>
10. Asportazione di tumori maligni del cavo orale
11. Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
12. Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
13. Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
14. Ricostruzione della catena ossiculare
15. Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
16. Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
<b>CHIRURGIA DEL COLLO</b>
17. Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
18. Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
<b>CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b>
19. Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
20. Interventi per fistole bronchiali
21. Interventi per echinococchi polmonare
22. Pneumectomia totale o parziale
23. Interventi per cisti o tumori del mediastino
<b>CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE</b>
24. Interventi sul cuore per via toracotomica
25. Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
26. Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
27. Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
28. Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
29. Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
30. Asportazione di tumore glomico carotideo
<b>CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE</b>
31. Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
32. Interventi con esofagoplastica
33. Intervento per mega-esofago
34. Resezione gastrica totale
35. Resezione gastro-digiunale
36. Intervento per fistola gastro-digiunocolica



37. Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
38. Interventi di amputazione del retto-ano
39. Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
40. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
41. Drenaggio di ascesso epatico
42. Interventi per echinococchi epatica
43. Resezioni epatiche
44. Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
45. Interventi chirurgici per ipertensione portale
46. Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
47. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
48. Interventi per neoplasie pancreatiche
<b>UROLOGIA</b>
49. Nefroureterectomia radicale
50. Surrenalectomia
51. Interventi di cistectomia totale
52. Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
53. Cistoprostatovescicolectomia
54. Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
55. Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
<b>GINECOLOGIA</b>
56. Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
57. Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
58. Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
59. Interventi per costola cervicale
60. Interventi di stabilizzazione vertebrale
61. Interventi di resezione di corpi vertebrali
62. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
63. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
64. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
<b>CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati entro 18 mesi dalla nascita)</b>
65. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
66. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
67. Correzione chirurgica di megauretere congenito
68. Correzione chirurgica di megacolon congenito
<b>TRAPIANTI DI ORGANO</b>
69. Tutti
<b>CHIRURGIA GENERALE</b>
70. Mastectomia unilaterale e/o bilaterale e ulteriori interventi ricostruttivi

## ALLEGATO 3 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### Il servizio di pagamento diretto

#### La Rete delle “Strutture Convenzionate” con Generali Italia

Per “Rete” si intende l’insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Diagnostici) e dei professionisti convenzionati con Generali Italia, alle quali l’Assicurato potrà essere indirizzato dalla Centrale Operativa per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel sito delle Generali Italia [www.generali.it](http://www.generali.it) alla voce “Strutture Convenzionate” ed è periodicamente aggiornato. La Rete infatti è suscettibile di modifiche anche in corso dell’annualità assicurativa. L’ufficio Convenzioni provvede all’aggiornamento costante della propria Banca Dati, potendo fornire all’Assicurato un’informazione sempre aggiornata tramite la Centrale Operativa.

Riferimenti per i servizi per la gestione delle pratiche dedicati all’Università degli Studi di Milano senza oneri per l’assicurato.

numero verde: 800 533 438

numero nero: 02 67398339

Mail: [UniversitastudiMilano@generali.com](mailto:UniversitastudiMilano@generali.com)

#### Accesso ai servizi extraospedalieri (alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici riabilitativi, se operante la relativa garanzia ed attivato il servizio di pagamento diretto)

Qualora l’Assicurato necessiti di effettuare **una prestazione extraospedaliera** presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare la Centrale Operativa almeno 2 giorni feriali prima della data della prestazione al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

La richiesta per attivare il pagamento diretto deve essere effettuata telefonicamente chiamando il numero dedicato e comunicando:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- contraente di polizza
- recapito telefonico mobile - per l’invio di SMS di conferma - della persona che effettua la prestazione
- struttura sanitaria presso la quale verrà effettuata la prestazione
- data della prestazione
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con **diagnosi o presunta diagnosi**.

Alla positiva verifica della convenzione, della struttura sanitaria e -in caso di visita specialistica- del medico specialista, la Centrale Operativa, valutata la congruità medico-assicurativa della prestazione, autorizza **entro le 24 ore successive** la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione nel rispetto delle condizioni generali di assicurazione (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) senza contattare l’assicurato.

Nel caso in cui l’autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà l’assicurato.

L’Assicurato al momento dell’accettazione presso gli ambulatori dovrà sottoscrivere la “lettera d’impegno” (documento che riporta gli obblighi reciproci tra assicurato e struttura sanitaria convenzionata) in relazione alla prestazione e con riferimento alle condizioni di assicurazione, e consegnare la prescrizione comunicata telefonicamente alla Centrale Operativa.

La struttura sanitaria convenzionata trasmetterà a Generali Italia gli originali delle fatture e la richiesta medica della prestazione per il pagamento delle stesse nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

Premesso che il pagamento diretto è una modalità prevista dalla polizza, l’eventuale non autorizzazione della prestazione da parte della Centrale Operativa non pregiudica l’indennizzabilità del sinistro da parte della Compagnia Assicuratrice con modalità rimborsuale.

#### NOTA

Qualora l’assicurato non attivi l’Assistenza diretta ma utilizzi comunque un centro clinico convenzionato con pagamento a proprio carico avrà diritto all’applicazione delle tariffe di convenzione facendosi riconoscere quale assicurato Generali. La spesa sostenuta potrà essere oggetto di richiesta di rimborso se rientrante nel piano sanitario sottoscritto con applicazione delle franchigie previste per le prestazioni “fuori rete”

## ALLEGATO 4 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### Procedura operativa "Pronto-Care" – Cure dentarie

#### Servizi erogati da Pronto-Care

- Accesso al Network e al Tariffario Pronto-Care
- Servizio di assistenza del Customer Care attraverso NUMERO VERDE
- Possibilità di individuare il dentista del Network più idoneo alle esigenze dell'Assistito
- Gestione degli appuntamenti
- Autorizzazione preventiva delle cure per gli Assistiti che utilizzano un dentista appartenente al Network
- Controllo delle prestazioni erogate in conformità con il piano di rimborso
- Inserimento dei sinistri nel sistema informatico
- Reso della documentazione ai pazienti

#### Procedura

1. Per reperire il nominativo di un dentista l'Assistito può consultare l'elenco degli studi odontoiatrici e delle strutture sanitarie specializzate aderenti al Network in Italia consultando il sito [www.pronto-care.com](http://www.pronto-care.com), chiamando il **numero verde gratuito Pronto-Care 800 197 397**, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail: [info@pronto-care.com](mailto:info@pronto-care.com).  
L'Assistito che desidera richiedere l'affiliazione del proprio dentista, può inviare una e-mail con i dati dello studio a: [affiliazioni@pronto-care.com](mailto:affiliazioni@pronto-care.com). L'ufficio affiliazioni Pronto-Care contatta entro 7 giorni dalla richiesta lo Studio segnalato per proporre l'adesione al network.
2. L'Assistito può contattare direttamente la struttura selezionata per fissare l'appuntamento. Entro le 24 ore precedenti la visita, l'Assistito deve notificare a Pronto-Care, tramite l'apposito form del sito (o in alternativa via e-mail, fax o telefono) le seguenti informazioni:
  - Titolare di Polizza con relativa data di nascita
  - Nome e Cognome dell'Assistito
  - Studio odontoiatrico selezionato con relativo Comune e Provincia
  - Data e orario dell'appuntamentoPronto-Care provvede a confermare allo Studio medico la presa in carico della pratica.  
Nel caso in cui l'Assistito desideri che sia Pronto-Care a fissare l'appuntamento presso lo studio, può contattare Pronto-Care, attraverso l'apposito form del sito (oppure via e-mail, fax o telefono) per fornire le informazioni necessarie per l'identificazione ed esprimere le sue preferenze di date e fasce orarie. E' possibile richiedere un servizio di reminder attraverso il quale gli viene ricordata la data e l'orario della visita.
3. L'Assistito ha diritto di fruire delle tariffe previste nel Tariffario degli Studi Convenzionati. In ogni caso può fruire degli sconti previsti per tutte le prestazioni medico-sanitarie non comprese nell'elenco di cui al predetto Tariffario.
4. Lo studio odontoiatrico, prima di effettuare le prestazioni, deve contattare Pronto-Care per verificare se siano previste nel piano di rimborso.
5. Pronto-Care svolge ogni opportuna verifica e provvede tempestivamente a trasmettere all'Assistito e allo studio odontoiatrico una conferma attraverso il sito (oppure a mezzo fax, via e-mail o via posta) relativa alle prestazioni richieste dallo studio comprese nel piano di rimborso. Il documento elaborato da Pronto-Care presenta il totale delle cure preventivate secondo tariffario, la quota di rimborso a carico dell'Assicurazione in conformità alle condizioni di polizza e la quota di scoperto a suo carico.
6. Una volta terminate le cure, lo studio odontoiatrico invia a Pronto-Care l'originale della fattura (oppure la copia, in base alle condizioni di polizza). Ogni singola prestazione è accompagnata dal relativo codice e da una breve descrizione. Pronto-Care verifica che le prestazioni eseguite e le tariffe applicate corrispondano a quelle riportate nel Tariffario e che le coperture siano corrispondenti alle condizioni di rimborso.
7. Gli Assistiti che utilizzano un dentista non appartenente al network Pronto-Care, devono far compilare l'apposito modulo di richiesta di rimborso dal medico curante ed inviarlo unitamente all'originale della fattura (o alla copia, in base alle condizioni di polizza) a:

**Pronto-Care**  
**Via A. Ponti 8/10 - 20143 Milano**

Nel caso in cui la polizza ammetta la copia della fattura, l'Assistito può inoltrare la richiesta di rimborso online, accedendo al sito con proprie credenziali e compilando la sezione "Procedura fuori rete – Richiesta di rimborso fuori rete".

8. Effettuati gli opportuni controlli, Pronto-Care provvede ad inserire il sinistro nel sistema liquidativo. In caso contrario, Pronto-Care entro 30 giorni dalla ricezione della pratica, contatta l'Assistito/studio odontoiatrico per la notifica delle irregolarità e per richiedere, eventualmente, ulteriore documentazione.
9. Pronto-Care, una volta liquidato il sinistro, informa l'Assistito dell'avvenuta liquidazione attraverso una notifica via e-mail e provvede ad inviare la documentazione all'Assistito con il dettaglio della liquidazione.





---

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 [www.generali.it](http://www.generali.it) - Fax: 041 942909; email: [info.it@generali.com](mailto:info.it@generali.com); C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: [generalitalia@pec.generaligroup.com](mailto:generalitalia@pec.generaligroup.com). Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

**Internal**