

DOMANDE FREQUENTI

Le indicazioni contenute in questo documento sono indicative e non sostituiscono il testo di polizza e il piano sanitario con il quale si è assicurati.

Verificare sempre nel testo di polizza e nel piano sanitario, se si ha diritto alla prestazione specificata di seguito.

Come chiedere il rimborso inviando la richiesta cartacea.

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso compilandolo in ogni sua parte, ed allegando in fotocopia la documentazione medica così come indicato nei punti successivi.

Come chiedere il rimborso utilizzando l'area riservata all'iscritto.

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà accedere utilizzando le proprie credenziali alla sua area riservata e seguendo gli step indicati, inserire i dati delle fatture allegando il file pdf con tutta la documentazione medica e fiscale, come previsto dalle condizioni di polizza.

I documenti di spesa e i certificati medici devono essere inviati solo in fotocopia. La Compagnia si riserva il diritto di richiedere gli originali, se lo riterrà necessario.

Se necessario la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali atti a valutare la rimborsabilità delle spese sostenute dall'assistito per le quali richiede il rimborso.

Ricoveri o interventi ambulatoriali

- **Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto (c.d. "ricoveri impropri") verranno rimborsate esclusivamente nelle garanzie specialistiche extraospedaliere, ove previste.**
- **Inviare la 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 né Ricovero e nemmeno Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
- **Relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate,** in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito e relazione clinica con evidenza della sede dell'asportazione, la natura patologia, le dimensioni e il tipo di lesione con il relativo rischio;

Extraospedaliere

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia e prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di cura, di uno studio medico o di un medico specialista. Nel caso della fattura emessa da studio medico o medico specialista, inoltre, la fattura dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi e/o sospetta patologia.

DOMANDE FREQUENTI

In caso di infortunio è necessario fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso o ogni altra documentazione venga richiesta da RBM Salute, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.

Dentarie da infortunio

Se previsto dalle condizioni l'assistito deve inviare almeno 8 giorni prima dell'inizio delle cure:

- 1. il piano di cura in forma di preventivo dettagliato redatto e firmato da medico odontoiatra.**
- 2. documentazione idonea a supporto e nel 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).**

Tale assenso preventivo non è richiesto nei casi di urgenza comprovata da dichiarazione del medico odontoiatra specialista. Per i casi di urgenza, la documentazione al punto 1 e 2 suindicati, dovrà essere inviata appena possibile.

Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite con i relativi costi.

Dentarie da malattia

Se previsto dalle condizioni l'assistito deve inviare almeno 8 giorni prima dell'inizio delle cure:

- 1. il piano di cura in forma di preventivo dettagliato redatto e firmato da medico odontoiatra;**
- 2. documentazione idonea a supporto.**

Tale assenso preventivo non è richiesto nei casi di urgenza comprovata da dichiarazione del medico odontoiatra specialista. Per i casi di urgenza, la documentazione al punto 1 e 2 suindicati, dovrà essere inviata appena possibile.

Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite con i relativi costi.

Visite oculistiche – cambio lenti

Certificato del medico oculista attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti, intendendosi escluse le “usa e getta”.

Nel caso di acquisto prime lenti, tale dicitura dovrà essere specificata sul certificato di deficit visivo.

Qualora non fosse l'acquisto di prime lenti, ma la modifica del deficit visivo precedentemente rilevato, alla fattura dettagliata per l'acquisto di lenti si dovrà allegare il certificato con il deficit visivo precedente e l'attuale.

La spesa sostenuta per l'eventuale visita medica specialistica non sarà oggetto di rimborso.

Si precisa inoltre che, oltre alla fattura e ai certificati con l'indicazione del deficit visivo, è necessario presentare alla Società il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46 .

Terapie fisioterapiche

Le terapie devono essere prescritte da medico specialista e la specializzazione deve essere congrua con la patologia certificata.

La prescrizione deve essere dettagliata per numero di sedute e tipo di prestazione riabilitativa da eseguire.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI sono prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, **effettuate esclusivamente presso Centri Medici**, 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. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Dette prestazioni devono essere effettuate e fatturate esclusivamente da Medico Specialistica, Centro Medico o Ist. Di cura. Le prestazioni fatturate da fisioterapista, saranno respinte.

DOMANDE FREQUENTI

CF/PIVA – BOLLO SU FATTURE

Ogni documento di spesa presentato dovrà sempre riportare in modo chiaro e leggibile il Codice Fiscale sia per le persone fisiche che giuridiche. Tale dato è indispensabile per la dichiarazione all'anagrafe tributaria.

Solo il Codice Fiscale è accettato dall'Anagrafe Tributaria, pertanto la P.IVA non è un dato sufficiente sul documento di spesa.

In assenza di codice fiscale dell'erogatore che ha emesso la fattura, la fattura verrà respinta.

Tutte le fatture e/o ricevute di importo pari o maggiore ad € 77,47, ai sensi dell'art. 13 del DPR nr 642/72, il documento di spesa deve sempre essere completo di bollo da € 1,81 o deve esserci l'indicazione che è stato assolto in modo virtuale.

Ticket

Tutte le ricevute ticket dovranno avere l'indicazione che si tratta di prestazioni in compartecipazione al Servizio Sanitario Nazionale o la dicitura ticket. In assenza di identificativo che si tratta di ticket, il rimborso, se dovuto, sarà calcolato applicando gli scoperti e franchigie se previsti.

Nel qual caso non vi sia alcuna indicazione di ticket, è necessario chiedere al Centro Medico o Ist. Di Cura di apporre la dicitura di prestazione in compartecipazione del SSN.

Si ricorda che non è sufficiente che le prestazioni siano fatturate come importi corrispondenti al SSN, ma la prestazione deve essere erogata in regime di SSN, quindi in compartecipazione.

Medicina alternativa e complementare

Se le prestazioni di medicina alternativa e complementare non sono espressamente indicate tra le prestazioni rimborsabili, le stesse sono da ritenersi escluse.

Al fine del rimborso si ricorda che qualsiasi prestazione deve essere fatturata ed effettuata da medico specialista.