

NOMENCLATORE DEL PIANO SANITARIO

Cassa RBM Salute *bis*

Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N.

PIANO SANITARIO SMILE 4U

Aderente alla Convenzione n° 100631

Opzione Small

Cassa RBM Salute *bis*

Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N.

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.: 94150010265

PREMESSA

Questo nomenclatore ha l'obiettivo di fornire agli iscritti al Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N. un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Le prestazioni offerte dal Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N. sono coperte e garantite attraverso una copertura assicurativa con **RBM ASSICURAZIONE SALUTE**, primaria compagnia specializzata nel settore salute, presente sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da **PREVIMEDICAL**, società di servizi specializzata nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con Previmedical è disponibile sul sito: www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

INDICE

❖ DEFINIZIONI	pag. 4
❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA	pag. 7
❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO	pag. 8
❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL	pag. 13
❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	pag. 14
❖ Allegato I TARIFFARIO ODONTOIATRICO	pag. 17
❖ Allegato II GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	pag. 19

❖ DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistito: Titolare del Piano Sanitario, ovvero l'Assicurato.

I componenti del Nucleo Familiare del Titolare del Piano Sanitario aderenti al Piano stesso.

Le persone sopra indicate sono quindi beneficiari delle prestazioni garantite con il Piano Sanitario Cassa RBM Salute Bis.

Centrale Operativa: la struttura di Previmedical Spa che è composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Titolari, a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi in regime rimborsuale e di assistenza diretta.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Contraente: CASSA RBM SALUTE BIS, Via Forlanini 24 Preganziol (TV), P.I. 94152130269 il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del contributo.

Contributo: la somma dovuta dall'Assistito alla Contraente.

Convenzione: la disciplina che regola i rapporti tra il Contraente, l'Associato e la Società.

Evento/Data Evento:

Prestazioni dentarie - La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una Struttura Sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di "Day Hospital" o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della Struttura Sanitaria. Le suddette prestazioni libero professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) sia presso altre Strutture Sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno

prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione / Difetto fisico pregresso: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipula del Piano Sanitario (o dell'ingresso in garanzia).

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Modalità d'indennizzo

In Network: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria ed al medico convenzionati;

Fuori Network: Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

Nucleo Familiare: il Titolare del Piano Sanitario, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale). Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati purché fiscalmente a carico.

Patologia in atto / Patologia preesistente

Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

Piano Sanitario/ Opzioni: i documenti che definiscono le modalità e le garanzie prescelte dal Titolare.

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestato il Piano Sanitario.

Società: la Società assicuratrice RBM Assicurazione Salute S.p.A., in cui la Contraente ha allocato il proprio rischio.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Strutture Sanitarie

1) Strutture Sanitarie Private/Medici:

a) convenzionate con Previmedical: Strutture e Medici presso le quali gli Assistiti possono usufruire dell'Assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata e/o Medico Convenzionato) per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute per gli eventi garantiti dal Piano Sanitario.

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

- a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali gli Assistiti beneficiano delle prestazioni sanitarie pubbliche;
- b) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate con Previmedical;
- c) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate con Previmedical.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate con Previmedical.

Tariffa: l'importo massimo corrisposto dalla Società per ogni prestazione prevista dall'opzione prescelta.

Termini di aspettativa: il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto del Piano Sanitario e l'inizio della garanzia.

Titolare: il cliente della Struttura Sanitaria, il quale abbia aderito a Cassa RBM Salute *bis* e, nella sua qualità di Associato, è Titolare del Piano Sanitario.

❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA

	Smile4U Small
Prestazioni previste	A + Emergenza Odontoiatrica (solo in Network)

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

a) Igiene e Visita

La Società provvede al pagamento di una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08) una volta all'anno.

Inoltre, per ciascun Assistito di età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità del piano sanitario.

Le prestazioni sopra indicate sono comprese nell'Allegato I "Tariffario Odontoiatrico" alla lettera **A- IGIENE E VISITA.**

b) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di Infortunio, previo invio del certificato di pronto soccorso:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualsiasi tipo di otturazione).

❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

L'assicurazione s'intende valida a favore degli aderenti alla Contraente, che in qualità di Associati, sono Titolari del Piano Sanitario, nonché dei componenti dei rispettivi Nuclei Familiari (vedi definizione nucleo presente nel glossario) aderenti al Piano Sanitario, mediante versamento del relativo contributo.

Fatti salvi i Termini di aspettativa le garanzie sono operanti:

- a) dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario;
- b) dalla nascita, per i figli legittimi purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Per questi, a parziale deroga del punto "Termini di aspettativa", si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

CONTRIBUTO

Il contributo dovrà essere versato dal Titolare del Piano Sanitario alla Contraente mediante addebito automatico sul conto corrente della Contraente (modalità SDD). Il contributo dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il contributo dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

INCLUSIONE DI NUOVI FAMILIARI IN CORSO D'ANNO

L'inclusione di familiari in corso d'anno, in un momento successivo alla decorrenza del Piano Sanitario, non è consentita ad eccezione di quanto previsto al punto E "Neonati", purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare assistito (matrimonio, ecc.), il Piano Sanitario si intende automaticamente operante, con adeguamento del contributo nel caso ci sia un passaggio da single a nucleo, nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 successivo alla variazione, previa comunicazione alla Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

CESSAZIONE DELLA QUALIFICA DI "ASSISTITO" NEL CORSO DEL PERIODO DI COPERTURA

Si conviene fra le Parti che l'assicurazione mantiene la sua validità fino al termine dell'annualità assicurativa o periodo di copertura in corso, anche:

- per le persone che raggiungano l'ottantesimo anno d'età in corso di copertura, secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del Nucleo Familiare;
- se vi sia la sopravvenienza in corso di contratto di malattie ed infortuni derivanti da alcolismo, tossicodipendenza o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";

Nei casi sopra citati, nel caso in cui il nucleo si riduca, nell'annualità successiva ci sarà un adeguamento del contributo nel passaggio da nucleo a single.

CAMBIO DI PIANO SANITARIO

E' possibile aderire ad un Piano Sanitario diverso rispetto a quello sottoscritto, esclusivamente alla scadenza del periodo di copertura, previa comunicazione al Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

Nel caso di cambio del Piano Sanitario prescelto, valgono i termini di aspettativa come indicato al punto "Termini di aspettativa" solo per le nuove garanzie e le maggiori somme assicurate.

EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA

La copertura decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione, salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo o della prima rata di contributo; si precisa che il pagamento delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Se la Contraente non paga il contributo annuale o la prima rata mensile, la copertura resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di mora di 30 giorni trascorsi i quali la copertura resta sospesa e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento del contributo e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Contraente ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione, fermo il diritto al contributo scaduto nonché di richiederne l'esecuzione.

Il contributo è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Il versamento del contributo o della prima rata di contributo dovrà essere effettuato entro il primo giorno del mese successivo all'adesione al Piano Sanitario. In caso di pagamento mensile, i versamenti delle rate successive di contributo dovranno essere effettuati entro la prima decade di ciascun mese per l'intera durata del contratto.

I Piani Sanitari avranno scadenza all'01/01 dell'anno successivo all'anno di adesione e così di seguito.

Il primo anno di copertura è sempre inteso con decorrenza dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione e scadenza alle ore 00 dell'01/01 dell'anno successivo all'adesione.

Il contributo dovuto alla decorrenza per il primo anno di copertura verrà calcolato considerando i mesi di effettiva copertura a conclusione della prima ricorrenza annuale.

RIDUZIONE CONTRIBUTO

L'assistito con la sottoscrizione del Piano Sanitario riceve in dotazione uno spazzolino bluetooth che, attraverso il monitoraggio continuativo per almeno sei mesi ed entro i parametri previsti per il raggiungimento degli obiettivi (valutati sulla base della raccolta dati del dispositivo), da diritto all'applicazione di un'ulteriore riduzione del 5% del premio sull'annualità successiva, ripetibile su base annua e così suddivisa:

- a) riduzione del 2% che viene acquisita ogni anno sulla tariffa ordinaria dopo i primi 6 mesi di monitoraggio;
- b) ulteriore riduzione del 3% in caso di raggiungimento su base annuale dei parametri previsti.

Nel secondo quinquennio, in caso di monitoraggio continuativo da parte dell'assistito del proprio stato di salute (che corrisponda ad una acquisizione in ciascuna annualità almeno del 2%) il 3% legato al raggiungimento degli obiettivi viene incrementato ad un 5% (per un totale annuo di scontistica del 7%).

Il meccanismo trova applicazione anche dal terzo quinquennio in poi con un innalzamento dello sconto per obiettivi al 7% (per un totale annuo del 9%).

Qualora dal secondo quinquennio in poi l'assicurato interrompa anche per una sola annualità la continuità di monitoraggio, il suo sconto per il raggiungimento degli obiettivi sarà riportato indietro alla classe del quinquennio precedente.

INFLAZIONE MEDICA

A partire dal 2019 il contributo potrà essere soggetto ad "adeguamento automatico" in base all'inflazione medica dell'anno precedente.

TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, prestazioni di natura preventiva e le prestazioni conseguenti a malattia dal momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano Sanitario alle diverse prestazioni (in caso di cambio del Piano Sanitario) e ai nuovi assistiti (in caso di inclusioni successive al momento dell'adesione come previsto al punto "Inclusioni di nuovi familiari in corso d'anno").

PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dall'assicurazione le malattie, gli stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza di polizza.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata tramite raccomandata A/R almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del Piano Sanitario, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età il Piano Sanitario potrà essere rinnovato fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta del Piano Sanitario dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità del Piano Sanitario, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di

accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

ALTRE COPERTURE/ASSICURAZIONI

Il Contraente/Assistito deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente/Assistito deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Fatto salvo il diritto di regresso della Società.

CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Per la risoluzione delle controversie relative alle prestazioni garantite dal piano sottoscritto o comunque ad esso connesse comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione le Parti devono esperire obbligatoriamente un tentativo di mediazione, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Titolare dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

Il Titolare dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Assicurazione Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

Avvertenza: qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO

Esclusioni

L'assicurazione non comprende le spese per:

1. tutte le prestazioni non espressamente indicate nell'Allegato I "Tariffario odontoiatrico";
2. le malattie, stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza del Piano Sanitario;
3. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti auto lesivi;
4. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport a livello professionistico primaria o secondaria (o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione) e relative gare, prove, allenamenti;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: partecipazione a corse/gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura),

sport aerei, salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, mountain bike e "downhill";

6. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
7. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del Piano Sanitario;
8. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
9. le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
10. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, salvo quanto previsto dal Piano Sanitario;
11. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
12. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
13. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
14. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
15. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
16. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
17. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
18. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
19. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS);
20. le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
21. malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
22. le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;
23. la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
24. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
25. l'estrazioni di denti decidui (da latte);
26. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.

❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

Servizio Card (RBM Salute-Previmedical)

Per **TUTTI** gli Assistiti verrà resa disponibile la **NUOVA card elettronica RBM Salute-Previmedical** nominativa, **scaricabile attraverso la APP RBM**.

Qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata con RBM Salute-Previmedical senza accedere con pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dall'opzione prescelta (vedi "Scheda riassuntiva") oppure non rimborsabili ai sensi del Piano Sanitario per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso, al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card RBM Salute-Previmedical.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical titolari della card RBM Salute-Previmedical sono meno vantaggiose del tariffario applicato con pagamento diretto.

❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nella sezione "GUIDA AI SERVIZI PREVIMEDICAL".

Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

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

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità del Piano Sanitario, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società 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 Generali di Assicurazione (CGA).

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assistito è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi al presente Piano Sanitario è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

La modalità d'indennizzo potrà avvenire attraverso due forme diverse: forma diretta e forma indiretta.
Si precisa che qualora l'assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

La Società rimborsa a cura ultimata dietro presentazione in fotocopia della seguente documentazione:

- 1) fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente (non sono ammesse fatture di odontotecnici e di odontoprotesisti); le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
- 2) referto del Pronto Soccorso in caso di cure dentarie da infortunio. Le stesse dovranno essere adeguate alle lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente provato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Si precisa che le fatture di acconto sono rimborsabili esclusivamente insieme a quelle di saldo, a cura ultimata nell'annualità del Piano Sanitario.

Inoltre l'Assistito, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso. Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Pagamento in forma diretta

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta in Strutture Convenzionate con il Network Previmedical, con un anticipo di 3 giorni per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. L'Assistito dovrà quindi attivarsi con adeguato anticipo per consentire alla Centrale Operativa di dare la risposta entro i suddetti termini.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa con un preavviso inferiore a quelli sopra elencati, la Centrale Operativa garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta (purché pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento) senza garantire i termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di copertura secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con i professionisti odontoiatri e i centri odontoiatrici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito la sola eventuale somma eccedente il limite previsto nel Tariffario odontoiatrico (vedi Allegato I), nonché delle prestazioni non garantite dalla presente Convenzione, che rimangono a carico dell'Assistito.

L'elenco delle strutture convenzionate con Previmedical, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nell'Allegato II "GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE".

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di Ricovero in Istituto di cura in regime di Pagamento in forma diretta qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità del Piano Sanitario o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di cura, se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

❖ Allegato I – TARIFFARIO ODONTOIATRICO

PREMESSA:

I vincoli tecnici e i limiti temporali stabiliscono le modalità e il numero di prestazioni di cui è possibile ottenere il rimborso (sia in forma diretta che indiretta).

I vincoli e limiti del presente Tariffario odontoiatrico si applicano in ogni caso per assistito.

I limiti temporali non si applicano in caso di infortunio comprovato da certificato del Pronto Soccorso.

Qualora si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse dovranno essere fatturate applicando le tariffe del presente Tariffario odontoiatrico e saranno a carico dell'Assistito.

La visita odontoiatrica con formula dentale e piano di trattamento si intende a carico del singolo assistito se non diversamente disposto.

Tutte le prestazioni del presente Tariffario odontoiatrico comprendono la manodopera.

Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.

Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'assistito e la firma dell'odontoiatra.

La visita odontoiatrica (codice 02) è tariffata solamente se abbinata al codice 07 o 08, ed eseguita nell'ambito di un programma di prevenzione periodico di igiene e profilassi. Se eseguita nell'ambito di un piano di cure risulta compresa nel medesimo.

TARIFFARIO ODONTOIATRICO

A – IGIENE E VISITA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	Una volta ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		Una volta ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	Una sola volta

❖ **Allegato II – GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE**

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione della prima visita ed ablazione tartaro -	
Fase 1	<p>Se vuoi accedere alle cure dentarie devi preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata/Web (Area Riservata) o Numero verde 800.99.17.89 da telefono fisso (+39 0422.17.44.243 per chiamate da telefono cellulare e dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere con la prima visita con ablazione del tartaro, comunicando le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici. La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico, autorizzando la prima visita ed ablazione tartaro. Per l'effettuazione della prima visita non è necessario disporre della prescrizione.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione di eventuali ulteriori prestazioni (solo dopo la prima visita) -	
Fase 1	<p>In seguito alla prima visita, qualora si rendessero necessarie eventuali ulteriori prestazioni, dovrai preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata / Web (Area Riservata) o Numero verde 800. 99.17.89 da telefono fisso (+39 0422.17.44.243 per chiamate da telefono cellulare e dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere alle ulteriori cure, comunicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prestazione da eseguire nel prossimo appuntamento; - il quesito diagnostico o la patologia; - il nome del dentista convenzionato; - data e orario dell'appuntamento. Qualsiasi modifica relativa alla data dell'appuntamento dovrà essere comunicata preventivamente dall'Assistito (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) alla Centrale Operativa. <p>Inoltre dovrai trasmettere copia della prescrizione medica.</p> <p>Nel caso fossero necessari ulteriori trattamenti, dovrai di volta in volta richiederne l'autorizzazione alla Centrale Operativa singolarmente, con le predette modalità.</p> <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.</p> <p>La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico per le prestazioni autorizzate</p> <p>Riceverai l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, che dovrai portare con sé il giorno dell'appuntamento.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER OTTENERE L'INDENNIZZO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE	
Fase 1	Il medico dentista ti prescrive la/le prestazione/i da effettuare.
Fase 2	Esegui la prestazione presso una delle Strutture NON Convenzionate RBM Assicurazione Salute saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di indennizzo ed allega in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione del medico dentista; - Fatture, notule e ricevute fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente. Le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso; - referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive dall'evento e idonea documentazione a supporto (OPT, radiografie e fotografie), in caso di infortunio. <p>Invia la documentazione a: RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via E. Forlanini 24 31022 Preganziol – loc. Borgo Verde (TV)</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di indennizzo delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa accedendo alla tua area riservata dal sito www.onsalute.it.</p> <p>Le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso .</p>
Fase 4	<p>RBM Assicurazione Salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di indennizzo, eccetto eventuali quote a tuo carico.

NOMENCLATORE DEL PIANO SANITARIO

Cassa RBM Salute *bis*

Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N.

PIANO SANITARIO SMILE 4U

Aderente alla Convenzione n° 100631

Opzione Medium

Cassa RBM Salute *bis*

Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N.

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.: 94150010265

PREMESSA

Questo nomenclatore ha l'obiettivo di fornire agli iscritti al Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N. un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Le prestazioni offerte dal Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N. sono coperte e garantite attraverso una copertura assicurativa con **RBM ASSICURAZIONE SALUTE**, primaria compagnia specializzata nel settore salute, presente sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da **PREVIMEDICAL**, società di servizi specializzata nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con Previmedical è disponibile sul sito: www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

INDICE

❖ DEFINIZIONI	pag. 4
❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA	pag. 7
❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO	pag. 8
❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL	pag. 13
❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	pag. 14
❖ Allegato I TARIFFARIO ODONTOIATRICO	pag. 17
❖ Allegato II GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	pag. 21

❖ DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistito: Titolare del Piano Sanitario, ovvero l'Assicurato.

I componenti del Nucleo Familiare del Titolare del Piano Sanitario aderenti al Piano stesso.

Le persone sopra indicate sono quindi beneficiari delle prestazioni garantite con il Piano Sanitario Cassa RBM Salute Bis.

Centrale Operativa: la struttura di Previmedical Spa che è composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Titolari, a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi in regime rimborsuale e di assistenza diretta.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Contraente: CASSA RBM SALUTE BIS, Via Forlanini 24 Preganziol (TV), P.I. 94152130269 il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del contributo.

Contributo: la somma dovuta dall'Assistito alla Contraente.

Convenzione: la disciplina che regola i rapporti tra il Contraente, l'Associato e la Società.

Evento/Data Evento:

Prestazioni dentarie - La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una Struttura Sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di "Day Hospital" o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della Struttura Sanitaria. Le suddette prestazioni libero professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) sia presso altre Strutture Sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno

prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione / Difetto fisico pregresso: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipula del Piano Sanitario (o dell'ingresso in garanzia).

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Modalità d'indennizzo

In Network: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria ed al medico convenzionati;

Fuori Network: Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

Nucleo Familiare: il Titolare del Piano Sanitario, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale). Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati purché fiscalmente a carico.

Patologia in atto / Patologia preesistente

Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

Piano Sanitario/ Opzioni: i documenti che definiscono le modalità e le garanzie prescelte dal Titolare.

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestato il Piano Sanitario.

Società: la Società assicuratrice RBM Assicurazione Salute S.p.A., in cui la Contraente ha allocato il proprio rischio.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Strutture Sanitarie

1) Strutture Sanitarie Private/Medici:

a) convenzionate con Previmedical: Strutture e Medici presso le quali gli Assistiti possono usufruire dell'Assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata e/o Medico Convenzionato) per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute per gli eventi garantiti dal Piano Sanitario.

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

- a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali gli Assistiti beneficiano delle prestazioni sanitarie pubbliche;
- b) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate con Previmedical;
- c) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate con Previmedical.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate con Previmedical.

Tariffa: l'importo massimo corrisposto dalla Società per ogni prestazione prevista dall'opzione prescelta.

Termini di aspettativa: il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto del Piano Sanitario e l'inizio della garanzia.

Titolare: il cliente della Struttura Sanitaria, il quale abbia aderito a Cassa RBM Salute *bis* e, nella sua qualità di Associato, è Titolare del Piano Sanitario.

❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA

	Smile4U Medium
Prestazioni previste	A+B+ C+D+ Emergenza Odontoiatrica (solo in Network)

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

a) Igiene e Visita

La Società provvede al pagamento di una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08) una volta all'anno.

Inoltre, per ciascun Assistito di età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità del piano sanitario.

Le prestazioni sopra indicate sono comprese nell'Allegato I "Tariffario Odontoiatrico" alla lettera **A- IGIENE E VISITA**.

b) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni odontoiatriche, che vengono rimborsate entro le tariffe, i vincoli tecnici e limiti temporali indicati per ogni prestazione nell'Allegato I "Tariffario Odontoiatrico" suddiviso per macro-aree, qualora previste dal livello di Protezione Prescelto,

B- PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA

C- CONSERVATIVA - ENDODONZIA

D- GNATOLOGIA

c) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di Infortunio, previo invio del certificato di pronto soccorso:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualsiasi tipo di otturazione).

❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

L'assicurazione s'intende valida a favore degli aderenti alla Contraente, che in qualità di Associati, sono Titolari del Piano Sanitario, nonché dei componenti dei rispettivi Nuclei Familiari (vedi definizione nucleo presente nel glossario) aderenti al Piano Sanitario, mediante versamento del relativo contributo.

Fatti salvi i Termini di aspettativa le garanzie sono operanti:

- a) dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario;
- b) dalla nascita, per i figli legittimi purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Per questi, a parziale deroga del punto "Termini di aspettativa", si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

CONTRIBUTO

Il contributo dovrà essere versato dal Titolare del Piano Sanitario alla Contraente mediante addebito automatico sul conto corrente della Contraente (modalità SDD). Il contributo dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il contributo dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

INCLUSIONE DI NUOVI FAMILIARI IN CORSO D'ANNO

L'inclusione di familiari in corso d'anno, in un momento successivo alla decorrenza del Piano Sanitario, non è consentita ad eccezione di quanto previsto al punto E "Neonati", purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare assistito (matrimonio, ecc.), il Piano Sanitario si intende automaticamente operante, con adeguamento del contributo nel caso ci sia un passaggio da single a nucleo, nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 successivo alla variazione, previa comunicazione alla Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

CESSAZIONE DELLA QUALIFICA DI "ASSISTITO" NEL CORSO DEL PERIODO DI COPERTURA

Si conviene fra le Parti che l'assicurazione mantiene la sua validità fino al termine dell'annualità assicurativa o periodo di copertura in corso, anche:

- per le persone che raggiungano l'ottantesimo anno d'età in corso di copertura, secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del Nucleo Familiare;
- se vi sia la sopravvenienza in corso di contratto di malattie ed infortuni derivanti da alcolismo, tossicodipendenza o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";

Nei casi sopra citati, nel caso in cui il nucleo si riduca, nell'annualità successiva ci sarà un adeguamento del contributo nel passaggio da nucleo a single.

CAMBIO DI PIANO SANITARIO

E' possibile aderire ad un Piano Sanitario diverso rispetto a quello sottoscritto, esclusivamente alla scadenza del periodo di copertura, previa comunicazione al Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

Nel caso di cambio del Piano Sanitario prescelto, valgono i termini di aspettativa come indicato al punto “Termini di aspettativa” solo per le nuove garanzie e le maggiori somme assicurate.

EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA

La copertura decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione, salvo buon fine (SBF) dell’incasso del contributo o della prima rata di contributo; si precisa che il pagamento delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l’Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Se la Contraente non paga il contributo annuale o la prima rata mensile, la copertura resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell’art. 1901 del Codice Civile.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di mora di 30 giorni trascorsi i quali la copertura resta sospesa e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento del contributo e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Contraente ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione, fermo il diritto al contributo scaduto nonché di richiederne l’esecuzione.

Il contributo è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Il versamento del contributo o della prima rata di contributo dovrà essere effettuato entro il primo giorno del mese successivo all’adesione al Piano Sanitario. In caso di pagamento mensile, i versamenti delle rate successive di contributo dovranno essere effettuati entro la prima decade di ciascun mese per l’intera durata del contratto.

I Piani Sanitari avranno scadenza all’01/01 dell’anno successivo all’anno di adesione e così di seguito.

Il primo anno di copertura è sempre inteso con decorrenza dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione e scadenza alle ore 00 dell’01/01 dell’anno successivo all’adesione.

Il contributo dovuto alla decorrenza per il primo anno di copertura verrà calcolato considerando i mesi di effettiva copertura a conclusione della prima ricorrenza annuale.

RIDUZIONE CONTRIBUTO

L’assistito con la sottoscrizione del Piano Sanitario riceve in dotazione uno spazzolino bluetooth che, attraverso il monitoraggio continuativo per almeno sei mesi ed entro i parametri previsti per il raggiungimento degli obiettivi (valutati sulla base della raccolta dati del dispositivo), da diritto all’applicazione di un’ulteriore riduzione del 5% del premio sull’annualità successiva, ripetibile su base annua e così suddivisa:

- a) riduzione del 2% che viene acquisita ogni anno sulla tariffa ordinaria dopo i primi 6 mesi di monitoraggio;
- b) ulteriore riduzione del 3% in caso di raggiungimento su base annuale dei parametri previsti.

Nel secondo quinquennio, in caso di monitoraggio continuativo da parte dell’assistito del proprio stato di salute (che corrisponda ad una acquisizione in ciascuna annualità almeno del 2%) il 3% legato al raggiungimento degli obiettivi viene incrementato ad un 5% (per un totale annuo di scontistica del 7%).

Il meccanismo trova applicazione anche dal terzo quinquennio in poi con un innalzamento dello sconto per obiettivi al 7% (per un totale annuo del 9%).

Qualora dal secondo quinquennio in poi l'assicurato interrompa anche per una sola annualità la continuità di monitoraggio, il suo sconto per il raggiungimento degli obiettivi sarà riportato indietro alla classe del quinquennio precedente.

INFLAZIONE MEDICA

A partire dal 2019 il contributo potrà essere soggetto ad "adeguamento automatico" in base all'inflazione medica dell'anno precedente.

TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, prestazioni di natura preventiva e le prestazioni conseguenti a malattia dal momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano Sanitario alle diverse prestazioni (in caso di cambio del Piano Sanitario) e ai nuovi assistiti (in caso di inclusioni successive al momento dell'adesione come previsto al punto "Inclusioni di nuovi familiari in corso d'anno").

PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dall'assicurazione le malattie, gli stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza di polizza.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata tramite raccomandata A/R almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del Piano Sanitario, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età il Piano Sanitario potrà essere rinnovato fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta del Piano Sanitario dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità del Piano Sanitario, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di

accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

ALTRE COPERTURE/ASSICURAZIONI

Il Contraente/Assistito deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente/Assistito deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Fatto salvo il diritto di regresso della Società.

CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Per la risoluzione delle controversie relative alle prestazioni garantite dal piano sottoscritto o comunque ad esso connesse comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione le Parti devono esperire obbligatoriamente un tentativo di mediazione, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Titolare dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

Il Titolare dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Assicurazione Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

Avvertenza: qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO

Esclusioni

L'assicurazione non comprende le spese per:

1. tutte le prestazioni non espressamente indicate nell'Allegato I "Tariffario odontoiatrico";
2. le malattie, stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza del Piano Sanitario;
3. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti auto lesivi;
4. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport a livello professionistico primaria o secondaria (o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione) e relative gare, prove, allenamenti;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: partecipazione a corse/gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura),

sport aerei, salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, mountain bike e “downhill”;

6. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
7. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del Piano Sanitario;
8. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
9. le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
10. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, salvo quanto previsto dal Piano Sanitario;
11. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
12. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
13. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
14. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
15. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
16. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
17. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
18. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
19. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS);
20. le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
21. malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
22. le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;
23. la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
24. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
25. l'estrazioni di denti decidui (da latte);
26. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.

❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

Servizio Card (RBM Salute-Previmedical)

Per **TUTTI** gli Assistiti verrà resa disponibile la **NUOVA card elettronica RBM Salute-Previmedical** nominativa, **scaricabile attraverso la APP RBM**.

Qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata con RBM Salute-Previmedical senza accedere con pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dall'opzione prescelta (vedi "Scheda riassuntiva") oppure non rimborsabili ai sensi del Piano Sanitario per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso, al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card RBM Salute-Previmedical.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical titolari della card RBM Salute-Previmedical sono meno vantaggiose del tariffario applicato con pagamento diretto.

❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nella sezione "GUIDA AI SERVIZI PREVIMEDICAL".

Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

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

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità del Piano Sanitario, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società 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 Generali di Assicurazione (CGA).

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assistito è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi al presente Piano Sanitario è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

La modalità d'indennizzo potrà avvenire attraverso due forme diverse: forma diretta e forma indiretta.
Si precisa che qualora l'assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

La Società rimborsa a cura ultimata dietro presentazione in fotocopia della seguente documentazione:

- 1) fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente (non sono ammesse fatture di odontotecnici e di odontoprotesisti); le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
- 2) referto del Pronto Soccorso in caso di cure dentarie da infortunio. Le stesse dovranno essere adeguate alle lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente provato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Si precisa che le fatture di acconto sono rimborsabili esclusivamente insieme a quelle di saldo, a cura ultimata nell'annualità del Piano Sanitario.

Inoltre l'Assistito, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso. Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Pagamento in forma diretta

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta in Strutture Convenzionate con il Network Previmedical, con un anticipo di 3 giorni per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. L'Assistito dovrà quindi attivarsi con adeguato anticipo per consentire alla Centrale Operativa di dare la risposta entro i suddetti termini.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa con un preavviso inferiore a quelli sopra elencati, la Centrale Operativa garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta (purché pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento) senza garantire i termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di copertura secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con i professionisti odontoiatri e i centri odontoiatrici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito la sola eventuale somma eccedente il limite previsto nel Tariffario odontoiatrico (vedi Allegato I), nonché delle prestazioni non garantite dalla presente Convenzione, che rimangono a carico dell'Assistito.

L'elenco delle strutture convenzionate con Previmedical, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nell'Allegato II "GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE".

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di Ricovero in Istituto di cura in regime di Pagamento in forma diretta qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità del Piano Sanitario o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di cura, se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

❖ Allegato I – TARIFFARIO ODONTOIATRICO

PREMESSA:

Il presente Tariffario odontoiatrico è suddiviso in otto macro-aree:

- A. IGIENE E VISITA**
- B. PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA**
- C. CONSERVATIVA - ENDODONZIA**
- D. GNATOLOGIA**

I vincoli tecnici e i limiti temporali stabiliscono le modalità e il numero di prestazioni di cui è possibile ottenere il rimborso (sia in forma diretta che indiretta).

I vincoli e limiti del presente Tariffario odontoiatrico si applicano in ogni caso per assistito.

I limiti temporali non si applicano in caso di infortunio comprovato da certificato del Pronto Soccorso.

Qualora si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse dovranno essere fatturate applicando le tariffe del presente Tariffario odontoiatrico e saranno a carico dell'Assistito.

La visita odontoiatrica con formula dentale e piano di trattamento si intende a carico del singolo assistito se non diversamente disposto.

Tutte le prestazioni del presente Tariffario odontoiatrico comprendono la manodopera.

Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.

Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'assistito e la firma dell'odontoiatra.

La visita odontoiatrica (codice 02) è tariffata solamente se abbinata al codice 07 o 08, ed eseguita nell'ambito di un programma di prevenzione periodico di igiene e profilassi. Se eseguita nell'ambito di un piano di cure risulta compresa nel medesimo.

TARIFFARIO ODONTOIATRICO

A – IGIENE E VISITA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	Una volta ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		Una volta ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	Una sola volta

B – PARTE GENERALE - PARODONTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00		
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 (prima e dopo)
05	Ortopantomografia	35,00		
06	Teleradiografia	60,00		Una sola volta
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	Una volta ogni 12 mesi
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	Una volta ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o	Una sola volta

			membrane	
--	--	--	----------	--

C - CONSERVATIVA - ENDODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	Ogni 24 mesi sullo stesso elemento
20	Intarsi in LP o LNP o ceramica – Inlay e Onlay per elemento	350,00		Ogni 5 anni
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	

54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	
----	---	-------	--	--

D – GNATOLOGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
40	Placca oclusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ripetibile dopo 12 mesi solo se necessità comprovata da invio modelli
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	Una sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	Una sola volta

❖ **Allegato II – GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE**

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione della prima visita ed ablazione tartaro -	
Fase 1	<p>Se vuoi accedere alle cure dentarie devi preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata/Web (Area Riservata) o Numero verde 800.99.17.89 da telefono fisso (+39 0422.17.44.243 per chiamate da telefono cellulare e dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere con la prima visita con ablazione del tartaro, comunicando le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici. La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico, autorizzando la prima visita ed ablazione tartaro. Per l'effettuazione della prima visita non è necessario disporre della prescrizione.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione di eventuali ulteriori prestazioni (solo dopo la prima visita) -	
Fase 1	<p>In seguito alla prima visita, qualora si rendessero necessarie eventuali ulteriori prestazioni, dovrai preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata / Web (Area Riservata) o Numero verde 800. 99.17.89 da telefono fisso (+39 0422.17.44.243 per chiamate da telefono cellulare e dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere alle ulteriori cure, comunicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prestazione da eseguire nel prossimo appuntamento; - il quesito diagnostico o la patologia; - il nome del dentista convenzionato; - data e orario dell'appuntamento. Qualsiasi modifica relativa alla data dell'appuntamento dovrà essere comunicata preventivamente dall'Assistito (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) alla Centrale Operativa. <p>Inoltre dovrai trasmettere copia della prescrizione medica.</p> <p>Nel caso fossero necessari ulteriori trattamenti, dovrai di volta in volta richiederne l'autorizzazione alla Centrale Operativa singolarmente, con le predette modalità.</p> <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.</p> <p>La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico per le prestazioni autorizzate</p> <p>Riceverai l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, che dovrai portare con sé il giorno dell'appuntamento.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER OTTENERE L'INDENNIZZO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE	
Fase 1	Il medico dentista ti prescrive la/le prestazione/i da effettuare.
Fase 2	Esegui la prestazione presso una delle Strutture NON Convenzionate RBM Assicurazione Salute saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di indennizzo ed allega in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione del medico dentista; - Fatture, notule e ricevute fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente. Le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso; - referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive dall'evento e idonea documentazione a supporto (OPT, radiografie e fotografie), in caso di infortunio. <p>Invia la documentazione a: RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via E. Forlanini 24 31022 Preganziol – loc. Borgo Verde (TV)</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di indennizzo delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa accedendo alla tua area riservata dal sito www.onsalute.it.</p> <p>Le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso .</p>
Fase 4	<p>RBM Assicurazione Salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di indennizzo, eccetto eventuali quote a tuo carico.

NOMENCLATORE DEL PIANO SANITARIO

Cassa RBM Salute *bis*

Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N.

PIANO SANITARIO SMILE 4U

Aderente alla Convenzione n° 100631

Opzione Large

Cassa RBM Salute *bis*

Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N.

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.: 94150010265

PREMESSA

Questo nomenclatore ha l'obiettivo di fornire agli iscritti al Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N. un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Le prestazioni offerte dal Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N. sono coperte e garantite attraverso una copertura assicurativa con **RBM ASSICURAZIONE SALUTE**, primaria compagnia specializzata nel settore salute, presente sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da **PREVIMEDICAL**, società di servizi specializzata nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con Previmedical è disponibile sul sito: www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

INDICE

❖ DEFINIZIONI	pag. 4
❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA	pag. 7
❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO	pag. 8
❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL	pag. 13
❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	pag. 14
❖ Allegato I TARIFFARIO ODONTOIATRICO	pag. 17
❖ Allegato II GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	pag. 23

❖ DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistito: Titolare del Piano Sanitario, ovvero l'Assicurato.

I componenti del Nucleo Familiare del Titolare del Piano Sanitario aderenti al Piano stesso.

Le persone sopra indicate sono quindi beneficiari delle prestazioni garantite con il Piano Sanitario Cassa RBM Salute Bis.

Centrale Operativa: la struttura di Previmedical Spa che è composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Titolari, a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi in regime rimborsuale e di assistenza diretta.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Contraente: CASSA RBM SALUTE BIS, Via Forlanini 24 Preganziol (TV), P.I. 94152130269 il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del contributo.

Contributo: la somma dovuta dall'Assistito alla Contraente.

Convenzione: la disciplina che regola i rapporti tra il Contraente, l'Associato e la Società.

Evento/Data Evento:

Prestazioni dentarie - La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una Struttura Sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di "Day Hospital" o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della Struttura Sanitaria. Le suddette prestazioni libero professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) sia presso altre Strutture Sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno

prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione / Difetto fisico pregresso: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipula del Piano Sanitario (o dell'ingresso in garanzia).

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Modalità d'indennizzo

In Network: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria ed al medico convenzionati;

Fuori Network: Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

Nucleo Familiare: il Titolare del Piano Sanitario, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale). Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati purché fiscalmente a carico.

Patologia in atto / Patologia preesistente

Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

Piano Sanitario/ Opzioni: i documenti che definiscono le modalità e le garanzie prescelte dal Titolare.

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestato il Piano Sanitario.

Società: la Società assicuratrice RBM Assicurazione Salute S.p.A., in cui la Contraente ha allocato il proprio rischio.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Strutture Sanitarie

1) Strutture Sanitarie Private/Medici:

a) convenzionate con Previmedical: Strutture e Medici presso le quali gli Assistiti possono usufruire dell'Assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata e/o Medico Convenzionato) per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute per gli eventi garantiti dal Piano Sanitario.

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

- a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali gli Assistiti beneficiano delle prestazioni sanitarie pubbliche;
- b) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate con Previmedical;
- c) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate con Previmedical.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate con Previmedical.

Tariffa: l'importo massimo corrisposto dalla Società per ogni prestazione prevista dall'opzione prescelta.

Termini di aspettativa: il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto del Piano Sanitario e l'inizio della garanzia.

Titolare: il cliente della Struttura Sanitaria, il quale abbia aderito a Cassa RBM Salute *bis* e, nella sua qualità di Associato, è Titolare del Piano Sanitario.

❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA

	Smile4U Large
Prestazioni previste	A+B+ C+D+E+F+G+ Emergenza Odontoiatrica (solo in Network)

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

a) Igiene e Visita

La Società provvede al pagamento di una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08) una volta all'anno.

Inoltre, per ciascun Assistito di età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità del piano sanitario.

Le prestazioni sopra indicate sono comprese nell'Allegato I "Tariffario Odontoiatrico" alla lettera **A- IGIENE E VISITA**.

b) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni odontoiatriche, che vengono rimborsate entro le tariffe, i vincoli tecnici e limiti temporali indicati per ogni prestazione nell'Allegato I "Tariffario Odontoiatrico" suddiviso per macro-aree, qualora previste dal livello di Protezione Prescelto,

- B- PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA**
- C- CONSERVATIVA - ENDODONZIA**
- D- GNATOLOGIA**
- E- IMPLANTOLOGIA**
- F- CHIRURGIA**
- G- PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA**

c) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di Infortunio, previo invio del certificato di pronto soccorso:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualsiasi tipo di otturazione).

❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

L'assicurazione s'intende valida a favore degli aderenti alla Contraente, che in qualità di Associati, sono Titolari del Piano Sanitario, nonché dei componenti dei rispettivi Nuclei Familiari (vedi definizione nucleo presente nel glossario) aderenti al Piano Sanitario, mediante versamento del relativo contributo.

Fatti salvi i Termini di aspettativa le garanzie sono operanti:

- a) dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario;
- b) dalla nascita, per i figli legittimi purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Per questi, a parziale deroga del punto "Termini di aspettativa", si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

CONTRIBUTO

Il contributo dovrà essere versato dal Titolare del Piano Sanitario alla Contraente mediante addebito automatico sul conto corrente della Contraente (modalità SDD). Il contributo dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il contributo dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

INCLUSIONE DI NUOVI FAMILIARI IN CORSO D'ANNO

L'inclusione di familiari in corso d'anno, in un momento successivo alla decorrenza del Piano Sanitario, non è consentita ad eccezione di quanto previsto al punto E "Neonati", purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare assistito (matrimonio, ecc.), il Piano Sanitario si intende automaticamente operante, con adeguamento del contributo nel caso ci sia un passaggio da single a nucleo, nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 successivo alla variazione, previa comunicazione alla Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

CESSAZIONE DELLA QUALIFICA DI "ASSISTITO" NEL CORSO DEL PERIODO DI COPERTURA

Si conviene fra le Parti che l'assicurazione mantiene la sua validità fino al termine dell'annualità assicurativa o periodo di copertura in corso, anche:

- per le persone che raggiungano l'ottantesimo anno d'età in corso di copertura, secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del Nucleo Familiare;
- se vi sia la sopravvenienza in corso di contratto di malattie ed infortuni derivanti da alcolismo, tossicodipendenza o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";

Nei casi sopra citati, nel caso in cui il nucleo si riduca, nell'annualità successiva ci sarà un adeguamento del contributo nel passaggio da nucleo a single.

CAMBIO DI PIANO SANITARIO

E' possibile aderire ad un Piano Sanitario diverso rispetto a quello sottoscritto, esclusivamente alla scadenza del periodo di copertura, previa comunicazione al Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

Nel caso di cambio del Piano Sanitario prescelto, valgono i termini di aspettativa come indicato al punto “Termini di aspettativa” solo per le nuove garanzie e le maggiori somme assicurate.

EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA

La copertura decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione, salvo buon fine (SBF) dell’incasso del contributo o della prima rata di contributo; si precisa che il pagamento delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l’Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Se la Contraente non paga il contributo annuale o la prima rata mensile, la copertura resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell’art. 1901 del Codice Civile.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di mora di 30 giorni trascorsi i quali la copertura resta sospesa e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento del contributo e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Contraente ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione, fermo il diritto al contributo scaduto nonché di richiederne l’esecuzione.

Il contributo è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Il versamento del contributo o della prima rata di contributo dovrà essere effettuato entro il primo giorno del mese successivo all’adesione al Piano Sanitario. In caso di pagamento mensile, i versamenti delle rate successive di contributo dovranno essere effettuati entro la prima decade di ciascun mese per l’intera durata del contratto.

I Piani Sanitari avranno scadenza all’01/01 dell’anno successivo all’anno di adesione e così di seguito.

Il primo anno di copertura è sempre inteso con decorrenza dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione e scadenza alle ore 00 dell’01/01 dell’anno successivo all’adesione.

Il contributo dovuto alla decorrenza per il primo anno di copertura verrà calcolato considerando i mesi di effettiva copertura a conclusione della prima ricorrenza annuale.

RIDUZIONE CONTRIBUTO

L’assistito con la sottoscrizione del Piano Sanitario riceve in dotazione uno spazzolino bluetooth che, attraverso il monitoraggio continuativo per almeno sei mesi ed entro i parametri previsti per il raggiungimento degli obiettivi (valutati sulla base della raccolta dati del dispositivo), da diritto all’applicazione di un’ulteriore riduzione del 5% del premio sull’annualità successiva, ripetibile su base annua e così suddivisa:

- a) riduzione del 2% che viene acquisita ogni anno sulla tariffa ordinaria dopo i primi 6 mesi di monitoraggio;
- b) ulteriore riduzione del 3% in caso di raggiungimento su base annuale dei parametri previsti.

Nel secondo quinquennio, in caso di monitoraggio continuativo da parte dell’assistito del proprio stato di salute (che corrisponda ad una acquisizione in ciascuna annualità almeno del 2%) il 3% legato al raggiungimento degli obiettivi viene incrementato ad un 5% (per un totale annuo di scontistica del 7%).

Il meccanismo trova applicazione anche dal terzo quinquennio in poi con un innalzamento dello sconto per obiettivi al 7% (per un totale annuo del 9%).

Qualora dal secondo quinquennio in poi l'assicurato interrompa anche per una sola annualità la continuità di monitoraggio, il suo sconto per il raggiungimento degli obiettivi sarà riportato indietro alla classe del quinquennio precedente.

INFLAZIONE MEDICA

A partire dal 2019 il contributo potrà essere soggetto ad "adeguamento automatico" in base all'inflazione medica dell'anno precedente.

TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, prestazioni di natura preventiva e le prestazioni conseguenti a malattia dal momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano Sanitario alle diverse prestazioni (in caso di cambio del Piano Sanitario) e ai nuovi assistiti (in caso di inclusioni successive al momento dell'adesione come previsto al punto "Inclusioni di nuovi familiari in corso d'anno").

PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dall'assicurazione le malattie, gli stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza di polizza.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata tramite raccomandata A/R almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del Piano Sanitario, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età il Piano Sanitario potrà essere rinnovato fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta del Piano Sanitario dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità del Piano Sanitario, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di

accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

ALTRE COPERTURE/ASSICURAZIONI

Il Contraente/Assistito deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente/Assistito deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Fatto salvo il diritto di regresso della Società.

CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Per la risoluzione delle controversie relative alle prestazioni garantite dal piano sottoscritto o comunque ad esso connesse comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione le Parti devono esperire obbligatoriamente un tentativo di mediazione, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Titolare dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

Il Titolare dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Assicurazione Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

Avvertenza: qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO

Esclusioni

L'assicurazione non comprende le spese per:

1. tutte le prestazioni non espressamente indicate nell'Allegato I "Tariffario odontoiatrico";
2. le malattie, stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza del Piano Sanitario;
3. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti auto lesivi;
4. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport a livello professionistico primaria o secondaria (o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione) e relative gare, prove, allenamenti;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: partecipazione a corse/gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura),

sport aerei, salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, mountain bike e “downhill”;

6. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
7. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del Piano Sanitario;
8. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
9. le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
10. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, salvo quanto previsto dal Piano Sanitario;
11. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
12. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
13. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
14. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
15. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
16. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
17. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
18. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
19. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS);
20. le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
21. malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
22. le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;
23. la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
24. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
25. l'estrazioni di denti decidui (da latte);
26. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.

❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

Servizio Card (RBM Salute-Previmedical)

Per **TUTTI** gli Assistiti verrà resa disponibile la **NUOVA card elettronica RBM Salute-Previmedical** nominativa, **scaricabile attraverso la APP RBM**.

Qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata con RBM Salute-Previmedical senza accedere con pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dall'opzione prescelta (vedi "Scheda riassuntiva") oppure non rimborsabili ai sensi del Piano Sanitario per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso, al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card RBM Salute-Previmedical.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical titolari della card RBM Salute-Previmedical sono meno vantaggiose del tariffario applicato con pagamento diretto.

❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nella sezione "GUIDA AI SERVIZI PREVIMEDICAL".

Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

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

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità del Piano Sanitario, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società 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 Generali di Assicurazione (CGA).

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assistito è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi al presente Piano Sanitario è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

La modalità d'indennizzo potrà avvenire attraverso due forme diverse: forma diretta e forma indiretta.
Si precisa che qualora l'assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

La Società rimborsa a cura ultimata dietro presentazione in fotocopia della seguente documentazione:

- 1) fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente (non sono ammesse fatture di odontotecnici e di odontoprotesisti); le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
- 2) referto del Pronto Soccorso in caso di cure dentarie da infortunio. Le stesse dovranno essere adeguate alle lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente provato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Si precisa che le fatture di acconto sono rimborsabili esclusivamente insieme a quelle di saldo, a cura ultimata nell'annualità del Piano Sanitario.

Inoltre l'Assistito, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso. Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Pagamento in forma diretta

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta in Strutture Convenzionate con il Network Previmedical, con un anticipo di 3 giorni per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. L'Assistito dovrà quindi attivarsi con adeguato anticipo per consentire alla Centrale Operativa di dare la risposta entro i suddetti termini.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa con un preavviso inferiore a quelli sopra elencati, la Centrale Operativa garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta (purché pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento) senza garantire i termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di copertura secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con i professionisti odontoiatri e i centri odontoiatrici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito la sola eventuale somma eccedente il limite previsto nel Tariffario odontoiatrico (vedi Allegato I), nonché delle prestazioni non garantite dalla presente Convenzione, che rimangono a carico dell'Assistito.

L'elenco delle strutture convenzionate con Previmedical, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nell'Allegato II "GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE".

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di Ricovero in Istituto di cura in regime di Pagamento in forma diretta qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità del Piano Sanitario o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di cura, se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

❖ Allegato I – TARIFFARIO ODONTOIATRICO

PREMESSA:

Il presente Tariffario odontoiatrico è suddiviso in otto macro-aree:

- A. IGIENE E VISITA**
- B. PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA**
- C. CONSERVATIVA - ENDODONZIA**
- D. GNATOLOGIA**
- E. IMPLANTOLOGIA**
- F. CHIRURGIA**
- G. PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA**

I vincoli tecnici e i limiti temporali stabiliscono le modalità e il numero di prestazioni di cui è possibile ottenere il rimborso (sia in forma diretta che indiretta).

I vincoli e limiti del presente Tariffario odontoiatrico si applicano in ogni caso per assistito.

I limiti temporali non si applicano in caso di infortunio comprovato da certificato del Pronto Soccorso.

Qualora si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse dovranno essere fatturate applicando le tariffe del presente Tariffario odontoiatrico e saranno a carico dell'Assistito.

La visita odontoiatrica con formula dentale e piano di trattamento si intende a carico del singolo assistito se non diversamente disposto.

Tutte le prestazioni del presente Tariffario odontoiatrico comprendono la manodopera.

Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.

Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'assistito e la firma dell'odontoiatra.

La visita odontoiatrica (codice 02) è tariffata solamente se abbinata al codice 07 o 08, ed eseguita nell'ambito di un programma di prevenzione periodico di igiene e profilassi. Se eseguita nell'ambito di un piano di cure risulta compresa nel medesimo.

TARIFFARIO ODONTOIATRICO

A – IGIENE E VISITA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	Una volta ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		Una volta ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	Una sola volta

B – PARTE GENERALE - PARODONTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00		
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 (prima e dopo)
05	Ortopantomografia	35,00		
06	Teleradiografia	60,00		Una sola volta
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	Una volta ogni 12 mesi
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	Una volta ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o	Una sola volta

			membrane	
--	--	--	----------	--

C - CONSERVATIVA - ENDODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	Ogni 24 mesi sullo stesso elemento
20	Intarsi in LP o LNP o ceramica – Inlay e Onlay per elemento	350,00		Ogni 5 anni
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	

54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	
----	---	-------	--	--

D – GNATOLOGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
40	Placca oclusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ripetibile dopo 12 mesi solo se necessità comprovata da invio modelli
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	Una sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	Una sola volta

E – IMPLANTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	Una sola volta
55	Mini impianti compresi attacchi di precisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	Una sola volta
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	Una sola volta
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su	Una sola volta

			arcata superiore	
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprendo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	Una sola volta

F – CHIRURGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
14	Estrazione di dente o radice	80,00		
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	

G - PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
59	Corona provvisoria armata - per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale - per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento

30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica , compreso eventuale fresaggio - per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		Ogni 3 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		Ogni 5 anni

❖ **Allegato II – GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE**

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione della prima visita ed ablazione tartaro -	
Fase 1	<p>Se vuoi accedere alle cure dentarie devi preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata/Web (Area Riservata) o Numero verde 800.99.17.89 da telefono fisso (+39 0422.17.44.243 per chiamate da telefono cellulare e dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere con la prima visita con ablazione del tartaro, comunicando le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici. La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico, autorizzando la prima visita ed ablazione tartaro. Per l'effettuazione della prima visita non è necessario disporre della prescrizione.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione di eventuali ulteriori prestazioni (solo dopo la prima visita) -	
Fase 1	<p>In seguito alla prima visita, qualora si rendessero necessarie eventuali ulteriori prestazioni, dovrai preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata / Web (Area Riservata) o Numero verde 800. 99.17.89 da telefono fisso (+39 0422.17.44.243 per chiamate da telefono cellulare e dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere alle ulteriori cure, comunicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prestazione da eseguire nel prossimo appuntamento; - il quesito diagnostico o la patologia; - il nome del dentista convenzionato; - data e orario dell'appuntamento. Qualsiasi modifica relativa alla data dell'appuntamento dovrà essere comunicata preventivamente dall'Assistito (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) alla Centrale Operativa. <p>Inoltre dovrai trasmettere copia della prescrizione medica.</p> <p>Nel caso fossero necessari ulteriori trattamenti, dovrai di volta in volta richiederne l'autorizzazione alla Centrale Operativa singolarmente, con le predette modalità.</p> <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.</p> <p>La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico per le prestazioni autorizzate</p> <p>Riceverai l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, che dovrai portare con sé il giorno dell'appuntamento.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER OTTENERE L'INDENNIZZO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE	
Fase 1	Il medico dentista ti prescrive la/le prestazione/i da effettuare.
Fase 2	Esegui la prestazione presso una delle Strutture NON Convenzionate RBM Assicurazione Salute saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di indennizzo ed allega in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione del medico dentista; - Fatture, notule e ricevute fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente. Le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso; - referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive dall'evento e idonea documentazione a supporto (OPT, radiografie e fotografie), in caso di infortunio. <p>Invia la documentazione a: RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via E. Forlanini 24 31022 Preganziol – loc. Borgo Verde (TV)</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di indennizzo delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa accedendo alla tua area riservata dal sito www.onsalute.it.</p> <p>Le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso .</p>
Fase 4	<p>RBM Assicurazione Salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di indennizzo, eccetto eventuali quote a tuo carico.

NOMENCLATORE DEL PIANO SANITARIO

Cassa RBM Salute *bis*

Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N.

PIANO SANITARIO SMILE 4U

Aderente alla Convenzione n° 100631

Opzione XL

Cassa RBM Salute *bis*

Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N.

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.: 94150010265

PREMESSA

Questo nomenclatore ha l'obiettivo di fornire agli iscritti al Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N. un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Le prestazioni offerte dal Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N. sono coperte e garantite attraverso una copertura assicurativa con **RBM ASSICURAZIONE SALUTE**, primaria compagnia specializzata nel settore salute, presente sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da **PREVIMEDICAL**, società di servizi specializzata nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con Previmedical è disponibile sul sito: www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

INDICE

❖ DEFINIZIONI	pag. 4
❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA	pag. 7
❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO	pag. 8
❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL	pag. 13
❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	pag. 14
❖ Allegato I TARIFFARIO ODONTOIATRICO	pag. 17
❖ Allegato II GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	pag. 24

❖ DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistito: Titolare del Piano Sanitario, ovvero l'Assicurato.

I componenti del Nucleo Familiare del Titolare del Piano Sanitario aderenti al Piano stesso.

Le persone sopra indicate sono quindi beneficiari delle prestazioni garantite con il Piano Sanitario Cassa RBM Salute Bis.

Centrale Operativa: la struttura di Previmedical Spa che è composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Titolari, a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi in regime rimborsuale e di assistenza diretta.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Contraente: CASSA RBM SALUTE BIS, Via Forlanini 24 Preganziol (TV), P.I. 94152130269 il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del contributo.

Contributo: la somma dovuta dall'Assistito alla Contraente.

Convenzione: la disciplina che regola i rapporti tra il Contraente, l'Associato e la Società.

Evento/Data Evento:

Prestazioni dentarie - La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una Struttura Sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di "Day Hospital" o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della Struttura Sanitaria. Le suddette prestazioni libero professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) sia presso altre Strutture Sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno

prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione / Difetto fisico pregresso: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipula del Piano Sanitario (o dell'ingresso in garanzia).

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Modalità d'indennizzo

In Network: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria ed al medico convenzionati;

Fuori Network: Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

Nucleo Familiare: il Titolare del Piano Sanitario, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale). Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati purché fiscalmente a carico.

Patologia in atto / Patologia preesistente

Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

Piano Sanitario/ Opzioni: i documenti che definiscono le modalità e le garanzie prescelte dal Titolare.

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestato il Piano Sanitario.

Società: la Società assicuratrice RBM Assicurazione Salute S.p.A., in cui la Contraente ha allocato il proprio rischio.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Strutture Sanitarie

1) Strutture Sanitarie Private/Medici:

a) convenzionate con Previmedical: Strutture e Medici presso le quali gli Assistiti possono usufruire dell'Assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata e/o Medico Convenzionato) per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute per gli eventi garantiti dal Piano Sanitario.

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

- a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali gli Assistiti beneficiano delle prestazioni sanitarie pubbliche;
- b) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate con Previmedical;
- c) prestazioni erogate in regime di Intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate con Previmedical.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate con Previmedical.

Tariffa: l'importo massimo corrisposto dalla Società per ogni prestazione prevista dall'opzione prescelta.

Termini di aspettativa: il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto del Piano Sanitario e l'inizio della garanzia.

Titolare: il cliente della Struttura Sanitaria, il quale abbia aderito a Cassa RBM Salute *bis* e, nella sua qualità di Associato, è Titolare del Piano Sanitario.

❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DALLA MUTUA

	Smile4U XL
Prestazioni previste	A+B+ C+D+E+F+G+H + Emergenza Odontoiatrica (sia in Network che fuori Network)

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

a) Igiene e Visita

La Società provvede al pagamento di una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08) una volta all'anno.

Inoltre, per ciascun Assistito di età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità del piano sanitario.

Le prestazioni sopra indicate sono comprese nell'Allegato I "Tariffario Odontoiatrico" alla lettera [A- IGIENE E VISITA](#).

b) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni odontoiatriche, che vengono rimborsate entro le tariffe, i vincoli tecnici e limiti temporali indicati per ogni prestazione nell'Allegato I "Tariffario Odontoiatrico" suddiviso per macro-aree, qualora previste dal livello di Protezione Prescelto,

- B- PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA**
- C- CONSERVATIVA - ENDODONZIA**
- D- GNATOLOGIA**
- E- IMPLANTOLOGIA**
- F- CHIRURGIA**
- G- PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA**
- H- ORTODONZIA**

c) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di Infortunio, previo invio del certificato di pronto soccorso:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualsiasi tipo di otturazione).

❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

L'assicurazione s'intende valida a favore degli aderenti alla Contraente, che in qualità di Associati, sono Titolari del Piano Sanitario, nonché dei componenti dei rispettivi Nuclei Familiari (vedi definizione nucleo presente nel glossario) aderenti al Piano Sanitario, mediante versamento del relativo contributo.

Fatti salvi i Termini di aspettativa le garanzie sono operanti:

- a) dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario;
- b) dalla nascita, per i figli legittimi purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Per questi, a parziale deroga del punto "Termini di aspettativa", si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

CONTRIBUTO

Il contributo dovrà essere versato dal Titolare del Piano Sanitario alla Contraente mediante addebito automatico sul conto corrente della Contraente (modalità SDD). Il contributo dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il contributo dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

INCLUSIONE DI NUOVI FAMILIARI IN CORSO D'ANNO

L'inclusione di familiari in corso d'anno, in un momento successivo alla decorrenza del Piano Sanitario, non è consentita ad eccezione di quanto previsto al punto E "Neonati", purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare assistito (matrimonio, ecc.), il Piano Sanitario si intende automaticamente operante, con adeguamento del contributo nel caso ci sia un passaggio da single a nucleo, nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 successivo alla variazione, previa comunicazione alla Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

CESSAZIONE DELLA QUALIFICA DI "ASSISTITO" NEL CORSO DEL PERIODO DI COPERTURA

Si conviene fra le Parti che l'assicurazione mantiene la sua validità fino al termine dell'annualità assicurativa o periodo di copertura in corso, anche:

- per le persone che raggiungano l'ottantesimo anno d'età in corso di copertura, secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del Nucleo Familiare;
- se vi sia la sopravvenienza in corso di contratto di malattie ed infortuni derivanti da alcolismo, tossicodipendenza o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), secondo quanto previsto dal punto "Limiti di età – Persone non assicurabili";

Nei casi sopra citati, nel caso in cui il nucleo si riduca, nell'annualità successiva ci sarà un adeguamento del contributo nel passaggio da nucleo a single.

CAMBIO DI PIANO SANITARIO

E' possibile aderire ad un Piano Sanitario diverso rispetto a quello sottoscritto, esclusivamente alla scadenza del periodo di copertura, previa comunicazione al Contraente con lettera raccomandata A.R. entro il 31 ottobre dell'ultima annualità assicurativa del periodo di copertura.

Nel caso di cambio del Piano Sanitario prescelto, valgono i termini di aspettativa come indicato al punto "Termini di aspettativa" solo per le nuove garanzie e le maggiori somme assicurate.

EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA

La copertura decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione, salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo o della prima rata di contributo; si precisa che il pagamento delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Se la Contraente non paga il contributo annuale o la prima rata mensile, la copertura resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di mora di 30 giorni trascorsi i quali la copertura resta sospesa e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento del contributo e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Contraente ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione, fermo il diritto al contributo scaduto nonché di richiederne l'esecuzione.

Il contributo è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Il versamento del contributo o della prima rata di contributo dovrà essere effettuato entro il primo giorno del mese successivo all'adesione al Piano Sanitario. In caso di pagamento mensile, i versamenti delle rate successive di contributo dovranno essere effettuati entro la prima decade di ciascun mese per l'intera durata del contratto.

I Piani Sanitari avranno scadenza all'01/01 dell'anno successivo all'anno di adesione e così di seguito.

Il primo anno di copertura è sempre inteso con decorrenza dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione e scadenza alle ore 00 dell'01/01 dell'anno successivo all'adesione.

Il contributo dovuto alla decorrenza per il primo anno di copertura verrà calcolato considerando i mesi di effettiva copertura a conclusione della prima ricorrenza annuale.

RIDUZIONE CONTRIBUTO

L'assistito con la sottoscrizione del Piano Sanitario riceve in dotazione uno spazzolino bluetooth che, attraverso il monitoraggio continuativo per almeno sei mesi ed entro i parametri previsti per il raggiungimento degli obiettivi (valutati sulla base della raccolta dati del dispositivo), da diritto all'applicazione di un'ulteriore riduzione del 5% del premio sull'annualità successiva, ripetibile su base annua e così suddivisa:

- a) riduzione del 2% che viene acquisita ogni anno sulla tariffa ordinaria dopo i primi 6 mesi di monitoraggio;
- b) ulteriore riduzione del 3% in caso di raggiungimento su base annuale dei parametri previsti.

Nel secondo quinquennio, in caso di monitoraggio continuativo da parte dell'assistito del proprio stato di salute (che corrisponda ad una acquisizione in ciascuna annualità almeno del 2%) il 3% legato al raggiungimento degli obiettivi viene incrementato ad un 5% (per un totale annuo di scontistica del 7%).

Il meccanismo trova applicazione anche dal terzo quinquennio in poi con un innalzamento dello sconto per obiettivi al 7% (per un totale annuo del 9%).

Qualora dal secondo quinquennio in poi l'assicurato interrompa anche per una sola annualità la continuità di monitoraggio, il suo sconto per il raggiungimento degli obiettivi sarà riportato indietro alla classe del quinquennio precedente.

INFLAZIONE MEDICA

A partire dal 2019 il contributo potrà essere soggetto ad "adeguamento automatico" in base all'inflazione medica dell'anno precedente.

TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, prestazioni di natura preventiva e le prestazioni conseguenti a malattia dal momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano Sanitario alle diverse prestazioni (in caso di cambio del Piano Sanitario) e ai nuovi assistiti (in caso di inclusioni successive al momento dell'adesione come previsto al punto "Inclusioni di nuovi familiari in corso d'anno").

PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dall'assicurazione le malattie, gli stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza di polizza.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata tramite raccomandata A/R almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del Piano Sanitario, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età il Piano Sanitario potrà essere rinnovato fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta del Piano Sanitario dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità del Piano Sanitario, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di

accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

ALTRE COPERTURE/ASSICURAZIONI

Il Contraente/Assistito deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente/Assistito deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Fatto salvo il diritto di regresso della Società.

CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Per la risoluzione delle controversie relative alle prestazioni garantite dal piano sottoscritto o comunque ad esso connesse comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione le Parti devono esperire obbligatoriamente un tentativo di mediazione, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Titolare dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

Il Titolare dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Assicurazione Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

Avvertenza: qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO

Esclusioni

L'assicurazione non comprende le spese per:

1. tutte le prestazioni non espressamente indicate nell'Allegato I "Tariffario odontoiatrico";
2. le malattie, stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del Piano Sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza del Piano Sanitario;
3. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti auto lesivi;
4. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport a livello professionistico primaria o secondaria (o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione) e relative gare, prove, allenamenti;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: partecipazione a corse/gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura),

sport aerei, salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, mountain bike e “downhill”;

6. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
7. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi del Piano Sanitario;
8. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
9. le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
10. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, salvo quanto previsto dal Piano Sanitario;
11. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
12. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
13. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
14. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
15. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
16. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
17. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
18. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
19. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS);
20. le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
21. malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
22. le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;
23. la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
24. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
25. l'estrazioni di denti decidui (da latte);
26. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.

❖ SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

Servizio Card (RBM Salute-Previmedical)

Per **TUTTI** gli Assistiti verrà resa disponibile la **NUOVA card elettronica RBM Salute-Previmedical** nominativa, **scaricabile attraverso la APP RBM**.

Qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata con RBM Salute-Previmedical senza accedere con pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dall'opzione prescelta (vedi "Scheda riassuntiva") oppure non rimborsabili ai sensi del Piano Sanitario per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso, al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card RBM Salute-Previmedical.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli Assistiti di Previmedical titolari della card RBM Salute-Previmedical sono meno vantaggiose del tariffario applicato con pagamento diretto.

❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nella sezione "GUIDA AI SERVIZI PREVIMEDICAL".

Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

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

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità del Piano Sanitario, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società 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 Generali di Assicurazione (CGA).

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assistito è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi al presente Piano Sanitario è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

La modalità d'indennizzo potrà avvenire attraverso due forme diverse: forma diretta e forma indiretta.

Si precisa che qualora l'assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

La Società rimborsa a cura ultimata dietro presentazione in fotocopia della seguente documentazione:

- 1) fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente (non sono ammesse fatture di odontotecnici e di odontoprotesisti); le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
- 2) referto del Pronto Soccorso in caso di cure dentarie da infortunio. Le stesse dovranno essere adeguate alle lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente provato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Si precisa che le fatture di acconto sono rimborsabili esclusivamente insieme a quelle di saldo, a cura ultimata nell'annualità del Piano Sanitario.

Inoltre l'Assistito, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Pagamento in forma diretta

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate con il Network Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta in Strutture Convenzionate con il Network Previmedical, con un anticipo di 3 giorni per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. L'Assistito dovrà quindi attivarsi con adeguato anticipo per consentire alla Centrale Operativa di dare la risposta entro i suddetti termini.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa con un preavviso inferiore a quelli sopra elencati, la Centrale Operativa garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta (purché pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento) senza garantire i termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di copertura secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con i professionisti odontoiatri e i centri odontoiatrici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito la sola eventuale somma eccedente il limite previsto nel Tariffario odontoiatrico (vedi Allegato I), nonché delle prestazioni non garantite dalla presente Convenzione, che rimangono a carico dell'Assistito.

L'elenco delle strutture convenzionate con Previmedical, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie".

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nell'Allegato II "GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE".

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di Ricovero in Istituto di cura in regime di Pagamento in forma diretta qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità del Piano Sanitario o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di cura, se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

❖ Allegato I – TARIFFARIO ODONTOIATRICO

PREMESSA:

Il presente Tariffario odontoiatrico è suddiviso in otto macro-aree:

- A. IGIENE E VISITA**
- B. PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA**
- C. CONSERVATIVA - ENDODONZIA**
- D. GNATOLOGIA**
- E. IMPLANTOLOGIA**
- F. CHIRURGIA**
- G. PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA**
- H. ORTODONZIA**

I vincoli tecnici e i limiti temporali stabiliscono le modalità e il numero di prestazioni di cui è possibile ottenere il rimborso (sia in forma diretta che indiretta).

I vincoli e limiti del presente Tariffario odontoiatrico si applicano in ogni caso per assistito.

I limiti temporali non si applicano in caso di infortunio comprovato da certificato del Pronto Soccorso.

Qualora si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse dovranno essere fatturate applicando le tariffe del presente Tariffario odontoiatrico e saranno a carico dell'Assistito.

La visita odontoiatrica con formula dentale e piano di trattamento si intende a carico del singolo assistito se non diversamente disposto.

Tutte le prestazioni del presente Tariffario odontoiatrico comprendono la manodopera.

Nel trattamento ortodontico fisso e mobile (prestazioni 44 e 45) sono compresi i relativi controlli.

Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.

Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'assistito e la firma dell'odontoiatra.

La visita odontoiatrica (codice 02) è tariffata solamente se abbinata al codice 07 o 08, ed eseguita nell'ambito di un programma di prevenzione periodico di igiene e profilassi. Se eseguita nell'ambito di un piano di cure risulta compresa nel medesimo.

TARIFFARIO ODONTOIATRICO

A – IGIENE E VISITA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	Una volta ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		Una volta ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	Una sola volta

B – PARTE GENERALE - PARODONTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00		
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 (prima e dopo)
05	Ortopantomografia	35,00		
06	Teleradiografia	60,00		Una sola volta
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	Una volta ogni 12 mesi
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	Una volta ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o	Una sola volta

			membrane	
--	--	--	----------	--

C - CONSERVATIVA - ENDODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	Ogni 24 mesi sullo stesso elemento
20	Intarsi in LP o LNP o ceramica – Inlay e Onlay per elemento	350,00		Ogni 5 anni
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	

54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	
----	---	-------	--	--

D – GNATOLOGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
40	Placca oclusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ripetibile dopo 12 mesi solo se necessità comprovata da invio modelli
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	Una sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	Una sola volta

E – IMPLANTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	Una sola volta
55	Mini impianti compresi attacchi di precisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	Una sola volta
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	Una sola volta
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su	Una sola volta

			arcata superiore	
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprendo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	Una sola volta

F – CHIRURGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
14	Estrazione di dente o radice	80,00		
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	

G - PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
59	Corona provvisoria armata - per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale - per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento

30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica , compreso eventuale fresaggio - per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		Ogni 3 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		Ogni 5 anni

H – ORTODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
43	Rilievo impronte e studio dei modelli del caso su articolatore, comprese radiografie e tracciato cefalometrico	200,00	Richiedibili modelli + rx + tracciato cefalometrico restituibile	Una sola volta
44	Tattamento ortodontico con apparecchiature mobili per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe	1.000,00	Richiesta certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo per 2 anni; 3° anno rimborsabile con

	di appartenenza			invio modelli (iniziale e attuale)
45	Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.200,00	Modelli panoramica e richiedibili	Massimo per 3 anni
46	Placca di contenzione	350,00	Solo a fine trattamento	Una sola volta

❖ **Allegato II – GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE**

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione della prima visita ed ablazione tartaro -	
Fase 1	<p>Se vuoi accedere alle cure dentarie devi preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata/Web (Area Riservata) o Numero verde 800.99.17.89 da telefono fisso (+39 0422.17.44.243 per chiamate da telefono cellulare e dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere con la prima visita con ablazione del tartaro, comunicando le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici. La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico, autorizzando la prima visita ed ablazione tartaro. Per l'effettuazione della prima visita non è necessario disporre della prescrizione.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione di eventuali ulteriori prestazioni (solo dopo la prima visita) -	
Fase 1	<p>In seguito alla prima visita, qualora si rendessero necessarie eventuali ulteriori prestazioni, dovrai preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata / Web (Area Riservata) o Numero verde 800. 99.17.89 da telefono fisso (+39 0422.17.44.243 per chiamate da telefono cellulare e dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere alle ulteriori cure, comunicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prestazione da eseguire nel prossimo appuntamento; - il quesito diagnostico o la patologia; - il nome del dentista convenzionato; - data e orario dell'appuntamento. Qualsiasi modifica relativa alla data dell'appuntamento dovrà essere comunicata preventivamente dall'Assistito (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) alla Centrale Operativa. <p>Inoltre dovrai trasmettere copia della prescrizione medica.</p> <p>Nel caso fossero necessari ulteriori trattamenti, dovrai di volta in volta richiederne l'autorizzazione alla Centrale Operativa singolarmente, con le predette modalità.</p> <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.</p> <p>La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico per le prestazioni autorizzate</p> <p>Riceverai l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, che dovrai portare con sé il giorno dell'appuntamento.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER OTTENERE L'INDENNIZZO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE RBM ASSICURAZIONE SALUTE	
Fase 1	Il medico dentista ti prescrive la/le prestazione/i da effettuare.
Fase 2	Esegui la prestazione presso una delle Strutture NON Convenzionate RBM Assicurazione Salute saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di indennizzo ed allega in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione del medico dentista; - Fatture, notule e ricevute fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente. Le richieste di rimborso dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso; - referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive dall'evento e idonea documentazione a supporto (OPT, radiografie e fotografie), in caso di infortunio. <p>Invia la documentazione a: RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via E. Forlanini 24 31022 Preganziol – loc. Borgo Verde (TV)</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di indennizzo delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa accedendo alla tua area riservata dal sito www.onsalute.it.</p> <p>Le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso .</p>
Fase 4	<p>RBM Assicurazione Salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di indennizzo, eccetto eventuali quote a tuo carico.