

## ALLEGATO 2 AL DISCIPLINARE

### INFORMAZIONI E DATI STATISTICI CONCERNENTI LE COPERTURE ASSISTENZIALI E I SERVIZI DI CHECK-UP VIGENTI, LA PLATEA DEI POTENZIALI ASSISTITI E I SERVIZI EROGATI

#### A) ASSISTENZA SANITARIA

Il Piano Unico unisce le coperture degli attuali Piani assistenziali Base e Plus e non richiede la produzione di questionario anamnestico.

Nel Piano Unico del Titolare vengono inseriti, senza pagamento di ulteriori quote capitarie, il coniuge/unito civilmente a carico fiscale e i figli a carico fiscale (situazione alla data di adesione e valida per tutta la durata del contratto).

Il Piano è attivo, nei confronti dell'intero nucleo assistibile, fino al termine dell'annualità assistenziale in cui il Titolare raggiunge 80 anni di età; l'estensione ai congiunti iscritti cessa comunque al termine dell'annualità assistenziale in cui il medesimo raggiunga l'80° anno di età.

Potranno chiedere l'inserimento nel Piano Unico (purché non abbiano compiuto 80 anni all'1.3.2018):

- i dipendenti, anche se attualmente non iscritti;
- i pensionati diretti (solo se iscritti all'Assistenza Base al 28.2.2018, anche se come dipendenti);
- i familiari di dipendenti e pensionati anche se attualmente non iscritti.

Il Piano Grandi Rischi prevede il rimborso delle spese per l'alta diagnostica (con un massimale anno/nucleo pari a 1.000,00 euro) e la copertura per i grandi interventi e non richiede la produzione di questionario anamnestico. Nel Piano del Titolare viene inserito, senza pagamento di ulteriori quote capitarie e a prescindere dal carico fiscale, il coniuge/unito civilmente purché convivente alla data dell'1.3.2019 (situazione alla data dell'adesione e valida per tutta la durata del contratto).

Il Piano è attivo, nei confronti dell'intero nucleo assistibile, fino al termine dell'annualità assistenziale in cui il Titolare raggiunge 85 anni di età; l'estensione al coniuge/unito civilmente cessa comunque al termine dell'annualità assistenziale in cui il medesimo raggiunga l'85° anno di età.

Potranno chiedere l'inserimento nel Piano Grandi rischi (purché non abbiano compiuto 85 anni all'1.3.2019):



- i pensionati diretti, iscritti o meno alle vigenti assistenze;
- i pensionati iscritti nel Piano Unico che abbiano compiuto 80 anni, a partire dall'annualità assistenziale successiva;
- i familiari dei pensionati di cui agli alinea precedenti anche se attualmente non iscritti.

Per una compiuta valutazione dell'offerta, si accludono i capitoli dell'Assistenza Base, Plus e Grandi Rischi vigenti fino al 28.02.2019 (allegati 2.1, 2.2 e 2.3) e si sintetizzano di seguito le principali novità che verranno introdotte dal 1°03.2019:

- 1) le assistenze Base e Plus vengono unificate nel Piano Unico;
- 2) viene meno la facoltà di aderire all'Assistenza Plus integrativa della Base;
- 3) nel Piano Unico viene introdotto il limite di età a 80 anni non previsto nell'assistenza Base e Plus; nel piano Grandi Rischi, il limite oggi fissato a 80 anni viene elevato a 85 anni;
- 4) viene eliminato il questionario anamnestico previsto al compimento del settantacinquesimo anno di età e, in altre limitate fattispecie;
- 5) nel piano Grandi Rischi viene aggiunta la copertura dell'Alta Diagnostica nonché quattro tipologie di Grandi Interventi;
- 6) ai fini dell'inclusione dei familiari, la situazione fiscale dichiarata dal Titolare al momento dell'adesione del familiare resterà valida per tutta la durata del contratto.

Si forniscono di seguito alcuni dati sulle assistenze in essere con la Cassa RBM Salute al 01.03.2018:

- il numero dei dipendenti in servizio aderenti alla sola Assistenza Base è di 42; il numero dei dipendenti in servizio aderenti sia all'Assistenza Base sia all'Assistenza Plus è di 206; complessivamente si tratta di 248 dipendenti in servizio, la cui età media è di 49 anni e 2 mesi;

- la composizione media del nucleo fiscalmente a carico dei 248 dipendenti in servizio è di 2,4 persone, compreso il capo nucleo;

- il numero dei familiari facoltativamente assistibili dei 248 dipendenti in servizio è di 52; l'età media è di 54 anni e 10 mesi;

- il numero dei pensionati aderenti alla sola Assistenza Base è di 0; il numero dei pensionati aderenti sia all'Assistenza

Base sia all'Assistenza Plus è di 8; complessivamente si tratta di 8 pensionati, la cui età media è di 69 anni e 08 mesi;

- la composizione media del nucleo fiscalmente a carico dei 8 pensionati è di 2 persone, compreso il capo nucleo;
- il numero dei familiari facoltativamente assistibili dei 8 pensionati è di 3; l'età media è di 65 anni e 11 mesi;
- il numero dei pensionati aderenti all'Assistenza Grandi rischi è di 0; l'età media è di / anni e / mesi;
- il numero dei figli di pensionati iscritti all'Assistenza Grandi rischi è di 0; l'età media è di /.anni e /. mesi;
- il numero di pensionati non iscritti a nessuna delle attuali assistenze e con età inferiore a 85 anni al 28.02.2019 è di N.D.

Alla data del 28.02.2019 avranno almeno 80 anni di età:

- N.D. pensionati iscritti alla sola Assistenza Base;
- N.D. familiari di pensionati iscritti alla sola Assistenza Base;
- 0 pensionati iscritti alle Assistenze Base e Plus;
- 0 familiari di pensionati iscritti alle Assistenze Base e Plus;
- 2 familiari di dipendenti iscritti alla sola Assistenza Base;
- 1 familiari di dipendenti iscritti alle Assistenze Base e Plus.

Alla data del 28.02.2019 avranno almeno 85 anni di età:

- N.D. pensionati iscritti alla sola Assistenza Base;
- N.D. familiari di pensionati iscritti alla sola Assistenza Base;
- 0 pensionati iscritti alle Assistenze Base e Plus;
- 0 familiari di pensionati, iscritti alle Assistenze Base e Plus;
- 1 familiari di dipendenti iscritti alla sola Assistenza Base;
- 0 familiari di dipendenti iscritti alle Assistenze Base e Plus.



Si forniscono di seguito alcuni dati sulle assistenze in essere con la Cassa RBM Salute al 01.03.2017:

- il numero dei dipendenti in servizio aderenti alla sola Assistenza Base è di 38; il numero dei dipendenti in servizio aderenti sia all'Assistenza Base sia all'Assistenza Plus è di 208; complessivamente si tratta di 246 dipendenti in servizio, la cui età media è di 48 anni e 07 mesi;
- la composizione media del nucleo fiscalmente a carico dei 246 dipendenti in servizio è di 2,2 persone, compreso il capo nucleo;
- il numero dei familiari facoltativamente assistibili dei 246 dipendenti in servizio è di 57; l'età media è di 53 anni;
- il numero dei pensionati aderenti alla sola Assistenza Base è di 0; il numero dei pensionati aderenti sia all'Assistenza Base sia all'Assistenza Plus è di 6; complessivamente si tratta di 6 pensionati, la cui età media è di 69 anni e 10 mesi;
- la composizione media del nucleo fiscalmente a carico dei 6 pensionati è di 1,8 persone, compreso il capo nucleo;
- il numero dei familiari facoltativamente assistibili dei 6 pensionati è di 2; l'età media è di 63 anni e 06 mesi;
- il numero dei pensionati aderenti all'Assistenza Grandi rischi è di 0; l'età media è di / anni e / mesi;
- il numero dei figli di pensionati iscritti all'Assistenza Grandi rischi è di 0; l'età media è di / anni e / mesi

Si accludono i dati dei sinistri e dei contributi delle ultime tre annualità assistenziali (28.02.2015-29.02.2016, 1.3.2016-1.03.2017, 1.03.2017- 1.03.2018; cfr. allegati 2.4, 2.5, 2.6). Con particolare riferimento ai dati delle ultime due annualità, relative al contratto con la Cassa RBM Salute si fa presente che nelle tabelle denominate "Report: Analisi sinistri per tipo di prestazione", i sinistri sono aggregati per tipologia di copertura assistenziale, pur essendo riportati all'interno del tipo di prestazione (nella Base sono riportati i sinistri relativi agli assistiti coperti solo dall'assistenza Base e nella Plus i sinistri relativi agli assistiti coperti dalle assistenze Base e Plus)". Ne consegue che nei sinistri riportati nell'assistenza Plus è possibile trovare prestazioni afferenti al Piano Base.

#### **B) MEDICINA PREVENTIVA (CHECK-UP)**

Servizio non presente nelle precedenti polizze.



Allegato N. 3.a

**LOTTO 2 - AGCM (CIG 6398850211)**

**ASSISTENZA BASE**

**CAPITOLATO**

**PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO E IN QUIESCENZA  
DELLA AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL  
MERCATO (AGCM) DI CONTRIBUTI ECONOMICI A FRONTE DI SPESE  
SANITARIE PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**





### **ART. 1 - ASPETTI GENERALI**

La Cassa ..... (di seguito: Cassa), aggiudicataria del Lotto 2 di gara relativo alla stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in servizio e in quiescenza della Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (di seguito: AGCM) e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente capitolato, a erogare rimborsi di spesa e contributi economici agli assistiti a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto secondo le seguenti norme.

La durata del contratto è pari a tre anni, dalle ore 00.00 dell'1.03.2016 alle ore 24.00 del 28.02.2019. Le "annualità assistenziali" decorrono dal 1° marzo al 28 febbraio successivo. E' sempre facoltà dell'assistito ottenere le prestazioni mediche secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista (c.d. convenzione diretta).

### **ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL CAPITOLATO**

Possono aderire come titolari dell'assistenza (di seguito: Titolari):

- a) i dipendenti in servizio;
- b) i pensionati diretti (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti") che siano iscritti al 29.2.2016 all'Assistenza "Base" della previgente copertura assistenziale.

Su richiesta del Titolare l'assistenza si estende, senza il pagamento di ulteriori quote, al coniuge e ai figli fiscalmente a carico, siano o no conviventi con il Titolare.

L'assistenza può inoltre includere i seguenti "familiari facoltativamente assistibili", su richiesta del Titolare e dietro pagamento di quote capitarie:

1. coniuge e figli fiscalmente non a carico e conviventi;
2. coniuge e figli fiscalmente non a carico e non conviventi;
3. convivente *more uxorio* e figli di questo anagraficamente conviventi con il Titolare;
4. altri parenti e affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con il Titolare, siano o no a suo carico.

In ogni caso, l'inclusione in assistenza deve riguardare TUTTI i familiari facoltativamente assistibili risultanti dallo stato di famiglia del Titolare.

Nel caso di cui al punto 2 è obbligatoria l'inclusione anche di figli/coniuge del Titolare anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio che si intende inserire.

Non è obbligatorio inserire in assistenza i familiari facoltativamente assistibili che beneficino di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro ("analoga assistenza").

### **TRANNE CONIUGE E FIGLI, NESSUN PARENTE O AFFINE NON CONVIVENTE CON IL TITOLARE PUO' ESSERE INSERITO IN ASSISTENZA.**

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti, salve le possibili limitazioni connesse con l'esito della compilazione del questionario anamnestico, ove previsto;
- durante il permanere del rapporto con la AGCM (quale dipendente o pensionato). In caso di cessazione del rapporto senza titolo alla prosecuzione dell'assistenza o di mancata opzione per la prosecuzione, l'assistenza opera fino alla fine dell'annualità assistenziale in cui è avvenuta la cessazione. In caso di decesso del Titolare, il nucleo già assistito ha facoltà, con oneri a proprio carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del presente contratto; a tal fine, un familiare deve subentrare nella posizione di Titolare dell'assistenza e pagare il contributo – ove ancora dovuto – previsto per quest'ultimo.



Per tutti gli assistiti non aderenti al 29.02.2016 alla previgente copertura assistenziale "Base" stipulata dalla AGCM, l'operatività dell'assistenza è subordinata a un periodo di sospensione dall'1.03.2016 (cd. "carenza"), fatta eccezione per i:

- neo-assunti con decorrenza successiva al 31.01.2016 (e relativi nuclei);
- dipendenti rientrati da aspettativa (per impieghi in Italia o all'estero, cariche politiche, amministrative o sindacali, motivi di studio) con decorrenza successiva al 31.01.2016 (e relativi nuclei);
- casi di nascita, adozione, affidamento di un figlio, matrimonio, maturazione del terzo anno di convivenza *more uxorio*, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il terzo grado, venir meno di "analoga assistenza", acquisizione di carico fiscale per coniuge/figlio.

La carenza decorre dall'1.03.2016 ed è pari a:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio. Qualora dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo l'1.03.2016, per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio l'assistenza decorre dal 31.03.2016;
- 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati prima dell'1.03.2016.

### **ART. 3 – QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

All'atto dell'adesione devono compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico (all.4) tutti gli assistiti:

- 1) non iscritti in assistenza sanitaria al 29.02.2016 diversi da: Titolare, coniuge, figli, convivente *more uxorio* e figli di questo, fratello e sorella;
- 2) che abbiano compiuto 75 anni al 29.02.2016.

Il questionario dev'essere inoltre presentato da tutti gli assistiti al compimento del 75° anno (per coloro che raggiungano quest'età dall'1.03.2016 al 28.02.2018).

Per effetto di quanto indicato nel questionario, la Cassa può introdurre limitazioni dell'assistenza, motivandole per iscritto, che decorrono dall'1.03.2016 nei casi di cui ai punti 1. e 2. ovvero dall'anno assistenziale successivo a quello in cui l'assistito abbia compiuto 75 anni.

In caso di limitazioni, l'assistito può chiedere (alla AGCM e per conoscenza alla Cassa) il recesso dall'assistenza e la restituzione dei contributi eventualmente versati, purché non abbia usufruito di prestazioni o chiesto rimborsi nell'annualità assistenziale da cui decorrono le limitazioni. Il recesso del Titolare comporta automaticamente il recesso di tutti i familiari eventualmente iscritti.

Rilevanti omissioni o dichiarazioni non veritiere nel questionario, atte ad alterare significativamente il quadro informativo, possono comportare la sospensione delle prestazioni della Cassa, salva successiva verifica in contraddittorio, e la restituzione dei rimborsi non dovuti nel frattempo versati in favore dell'assistito.

Il mancato invio del questionario comporta l'impossibilità di fruire dell'assistenza.

L'assistenza resta comunque sospesa fino alla risposta della Cassa (che deve essere comunicata entro 30 giorni).

### **ART. 4 - LIMITI DI ASSISTENZA**

Per "limite di assistenza" si intende l'importo massimo di contributi e rimborsi erogabili dalla Cassa in ogni anno assistenziale per nucleo familiare assistito.

Il limite di assistenza è di € 160.000,00 per anno assistenziale, elevato a € 200.000,00 per nuclei familiari con tre o più figli fiscalmente a carico, fermi restando i limiti specifici più avanti previsti per singole tipologie di prestazione. Tali somme sono raddoppiate in caso di grande intervento chirurgico compreso nell'elenco allegato e ricoveri presso unità coronariche, di terapia intensiva e sub-intensiva. Inoltre, i limiti di assistenza sono maggiorati del 20%, su richiesta, qualora nel nucleo assistito sia presente almeno un portatore di *handicap* grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa.

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell'annualità assistenziale, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

#### **ART. 5 – PRESTAZIONI**

##### **A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA**

La Cassa rimborsa:

1. In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in regime di ricovero o *day hospital*<sup>1</sup>:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell'autonomia dell'assistito;
- assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, medicinali, esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per gli interventi effettuati in convenzione diretta, per i grandi interventi, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
- accertamenti diagnostici e prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti il ricovero, anche in *day hospital*; esami, medicinali, prestazioni mediche; prestazioni finalizzate al recupero della salute quali prestazioni infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere) e trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il limite del rimborso è pari a € 6.000,00 per evento, con applicazione della franchigia prevista al punto B.

2. In caso di ricovero che non comporti intervento chirurgico anche in regime di *day hospital*:

- accertamenti diagnostici, onorari per prestazioni mediche specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero.

3. In caso di parto fisiologico:

- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta).

Il rimborso complessivo massimo sarà comunque pari a € 4.000,00 per evento.

4. Per il neonato (limitatamente al periodo di ricovero connesso al parto):

- retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica fino all'importo di € 1.500,00 anno/nucleo, senza applicazione di scoperti/franchigie.

5. Trasporto:

- le spese di trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura e viceversa - in caso di intervento chirurgico - con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (a eccezione dell'autovettura privata), fino all'importo di € 1.300,00 per ricovero in Italia e € 1.600,00 per ricovero all'estero.

Nei casi in cui nei capoluoghi di provincia di residenza/lavoro dell'assistito non esistano strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) in convenzione diretta, nonché nei casi in cui

---

<sup>1</sup> Si intende per *day hospital* una prestazione assistenziale di ricovero, limitata a una sola parte della giornata, che non prevede il pernottamento; il paziente viene ospitato in un stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto attrezzato.



le strutture esistenti non possano effettuare un ricovero urgente, sono rimborsate all'assistito le spese per il trasporto ferroviario, in 1a classe (andata e ritorno) per il luogo più vicino in cui esistono strutture convenzionate ove sia possibile effettuare il ricovero urgente. Per gli assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarda anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente (andata e ritorno).

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa rimborsa all'assistito che ne faccia domanda le spese sostenute entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

### **B – SCOPERTO**

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A, nn. 1. e 2., prevede:

- per i ricoveri effettuati **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa** (sia struttura sanitaria sia *équipe* medica): nessuno scoperto/franchigia;
- per i ricoveri effettuati **in regime indiretto con la Cassa**: applicazione di un limite di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza e, per tutte le altre spese, di uno scoperto del [...%] con un minimo di [€ ...] e un massimo di [€ ...] per ricovero (compresi i ricoveri effettuati in regime di *day hospital*). In caso di parto cesareo, fermo rimanendo il limite di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza, viene applicata una franchigia fissa di € 1.300,00.

Le spese connesse a ricovero, anche se sostenute a cavallo di due annualità assistenziali, vengono rimborsate a valere sul massimale dell'anno assistenziale in cui è iniziato il ricovero e con applicazione di unico scoperto/franchigia.

In caso dei **grandi interventi chirurgici** indicati nell'elenco allegato e di ricoveri presso unità coronariche, unità di terapia intensiva e sub-intensiva non verrà applicato limite per la retta di degenza né alcuno scoperto.

Per i **ricoveri a carico del S.S.N.**, il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché della "differenza di classe" relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti alla lett. A) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A, nn. 3., 4. e 5., non prevede l'applicazione di alcuno scoperto, fermo restando il limite di € 260,00 giornalieri per le rette di degenza di cui al punto 3., in convenzione indiretta con la Cassa.

### **C - PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA**

La Cassa rimborsa le seguenti "prestazioni di alta diagnostica", con un limite complessivo di [€ ...] per anno assistenziale/nucleo (maggiorato del 20%, su richiesta, qualora nel nucleo assistito sia presente almeno un portatore di *handicap* grave ai sensi della legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa):

- AGOASPIRATO;
- AMNIOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto;
- ANGIOGRAFIA;
- ANGIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTROGRAFIA;
- BRONCOGRAFIA;
- BRONCOSCOPIA;
- CARDIOTAC;
- CISTERNOGRAFIA;
- CLISMA OPACO;
- CISTOGRAFIA;
- CISTOSCOPIA;
- COLONSCOPIA;





- COLANGIOGRAFIA;
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA;
- COLECISTOGRAFIA;
- CORONAROGRAFIA;
- DOPPLER;
- DUODENOSCOPIA;
- ECOCARDIOGRAMMA;
- ECODOPPLER;
- ECOCOLORDOPPLER;
- ECOGRAFIA;
- ECOENDOSCOPIA;
- ELETTROCARDIOGRAFIA;
- ELETTROENCEFALOGRAFIA;
- ESAME CITOLOGICO;
- ESAME ISTOLOGICO;
- ESOFAGOSCOPIA;
- FLUORANGIOGRAFIA RETINICA;
- GALATTOGRAFIA;
- GASTROSCOPIA;
- HOLTER;
- LINFOGRAFIA;
- MAMMOGRAFIA;
- MIELOGRAFIA;
- MOC/DOC;
- MONITORAGGIO PRESSORIO DELLE 24 H;
- PANCOLONSCOPIA;
- PET;
- RADIONEFROGRAMMA;
- RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA;
- RETINOGRAFIA;
- RETTOSCOPIA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- RX ESOFAGO;
- RX TUBO DIGERENTE;
- SCINTIGRAFIA;
- SPECT;
- SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA;
- TAC;
- TELECUORE;
- TEST ERGOMETRICO MASSIMALE;
- UROFLUSSOMETRIA;
- UROGRAFIA;
- VILLOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto.

Queste prestazioni sono rimborsate come segue:

- se effettuate **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa**, viene applicata una franchigia fissa di [€ ....] per ciclo di cura;
- se effettuate **in regime indiretto con la Cassa**, viene applicato uno scoperto del [...%] con un minimo di [€ ...] per ciclo di cura.

I *ticket* relativi alle prestazioni elencate vanno presentati con cadenza semestrale (entro il 28 febbraio e il 31 agosto) e sono integralmente rimborsati.



#### ***D – CICLO DI CURA***

Il “ciclo di cura” è il complesso delle prestazioni connesse a un medesimo stato patologico. La Cassa applica in ciascun anno assistenziale un unico scoperto/franchigia per ciclo di cura, anche qualora le prestazioni vengano effettuate in tempi diversi.

Nel caso in cui il ciclo di cura includa prestazioni rese in regime sia diretto sia indiretto, al complesso delle spese sostenute viene applicato lo scoperto/franchigia previsto per il regime indiretto.

In caso di ricorso al regime indiretto, con la presentazione della richiesta di rimborso l’assistito **dichiara concluso** il ciclo di cura; pertanto, successive richieste per lo stesso stato patologico comportano l’applicazione di un nuovo scoperto/franchigia.

Per tutte le spese sanitarie diverse da quelle connesse a ricoveri, il ciclo di cura si interrompe il 28 febbraio di ciascuna annualità assistenziale; quindi per le spese sostenute successivamente a tale data si apre un nuovo ciclo di cura – attraverso una nuova richiesta di rimborso – con applicazione del relativo scoperto/franchigia e imputazione ai massimali della nuova annualità.

#### ***E - PROTESI***

La Cassa rimborsa le spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche con il limite anno/nucleo di € 1.100,00.

#### ***F - CURE ONCOLOGICHE E DIALISI***

La Cassa rimborsa, con il limite di [€ ...] anno/nucleo, le spese sostenute:

1. in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- visite specialistiche;
- chemioterapia;
- terapie radianti;

2. per la dialisi.

Queste prestazioni sono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia.

#### ***G - CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO***

La Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, con un limite assistenziale di € 1.250,00 per anno/nucleo; le spese sono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 25%.

Tali spese saranno rimborsate solo se il danno dentario è certificato da parte del Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso.

#### ***H - CURE DENTARIE DIVERSE DA QUELLE CONSEGUENTI A INFORTUNIO***

La Cassa rimborsa le cure dentarie in convenzione diretta con un limite di assistenza complessivo di [€ ...] per anno/nucleo. Le prestazioni sono rimborsate come segue:

- visite e terapie conservative (ad es. igiene dentale, otturazioni, estrazioni): nessuna franchigia;
- paradontologia: scoperto del 20%;
- protesi, implantologia, ortodonzia: scoperto del 40%.

#### ***I – OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE***

La Cassa rimborsa le spese successive a un ricovero sostenute per servizi domiciliari medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi, tendenti al recupero della funzionalità fisica. Tali spese sono rimborsate senza applicazione di scoperto/franchigia, fino a concorrenza del limite di € 1.000,00 per anno/nucleo.

#### ***L – FISIOTERAPIA RIABILITATIVA***



La Cassa rimborsa le spese sostenute per fisioterapia riabilitativa a seguito di infortunio, ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche, entro il limite di [€ ...] per anno/nucleo (maggiorato, su richiesta, del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente almeno un portatore di *handicap* grave ai sensi della legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa).

Queste prestazioni vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto/ franchigia.

La fisioterapia a seguito di infortunio viene rimborsata solo se documentata da certificato del Pronto Soccorso.

#### **ART. 6 - PRESTAZIONI ESCLUSE**

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o a uso di allucinogeni nonché a uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico a eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente a intervento chirurgico oncologico;
- ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'assistito all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- ricoveri causati dalla necessità dell'assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale;
- pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometria superiore a quattro diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a sei diottrie;
- prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di *day hospital*, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport acrei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'assistito, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

#### **ART. 7 - MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB OVVERO TRAMITE REFERENTE**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il Titolare deve presentare una richiesta alla Cassa su apposito modulo, di norma entro 30 giorni dalla data in cui si è conclusa la cura o il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate e dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. La documentazione deve essere trasmessa via web, ovvero consegnata in formato cartaceo ad un referente della Cassa.

A tal fine la Cassa mette a disposizione degli assistiti un portale *web* - nel quale sono disponibili le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati e la modulistica – tramite il quale:



- inoltrare le richieste di rimborso, allegando tutta la relativa documentazione in forma elettronica;
- visualizzare le pratiche inoltrate, il relativo status, i rimborsi disposti e i massimali residui.

La Cassa garantisce altresì la presenza, con cadenza mensile, di un referente presso la sede di AGCM per l'assistenza al personale ed il ritiro della richiesta cartacea.

Infine, la richiesta di rimborso può essere anche trasmessa tramite posta cartacea.

La Cassa effettua il rimborso direttamente al Titolare di norma mediante accredito sul conto corrente - anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare - entro il termine di 30 giorni (decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente capitolato, inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; in tal caso il termine per la definizione del sinistro è di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare. Ove, successivamente, il rimborso risulti superiore a quello dovuto o non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire entro il termine, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso - a titolo di risarcimento danni e sanzione forfetaria - pari allo 0,02% per ogni giorno di calendario.

I rimborsi sono effettuati in Italia in euro; per le spese sostenute in Paesi extra area euro, i rimborsi sono effettuati in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Ogni diniego di rimborso dev'essere motivato per iscritto dalla Cassa, anche per via elettronica.

Gli assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi a eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

#### **ART. 8 – REVOKA E MODIFICHE**

Salve le fattispecie espressamente previste, l'adesione ai piani assistenziali è IRREVOCABILE e IMMODIFICABILE per l'intero periodo di vigenza del contratto, così come la mancata adesione impedisce il successivo inserimento in assistenza.

#### **ART. 9 – CONTROVERSIE - ARBITRATO**

Le controversie di natura medica possono essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri sono nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti, che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La volontà di deferire la controversia al collegio arbitrale espressa da una delle parti è vincolante per l'altra.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (assistito e Cassa) sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i soggetti.

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Roma,





CASSA .....

AGCM



## ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

### STOMACO-DUODENO

- Resezione (totale o parziale) dello stomaco.
- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

### INTESTINO

- Colectomia totale, emicolectomia e resezione rettocolica.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.
- Laparotomia e laparoscopia esplorativa.
- Exeresi tumore peritoneale.

### RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

### ERNIE

- Intervento iatale con tonduplicatio.

### FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

### PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
  - enucleazione delle cisti;
  - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.

-Interventi demolitivi sul pancreas:

- a) totale o della testa;
- b) della coda.

-Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

## CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

-Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.

-Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.

-Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta.

-Operazione per encefalo-meningocele.

-Talamotomia-pallidotomia e altri interventi simili.

-Interventi per epilessia focale.

-Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre

affezioni meningomidollari.

-Neurotomia retrogasseriana -sezione intracranica di altri nervi.

-Emisferectomia.

-Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

-Interventi per traumi vertebrali.

-Somatomia vertebrale e relativi interventi sui dischi intervertebrali.

## SIMPATICO E VAGO

-Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.

-Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.

## CHIRURGIA VASALE

-Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.

-Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi.

## CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

-Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

## FACCIA E BOCCA

-Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.

-Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento

della loggia sottomascellare.

-Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.



- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

## COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Tiroidectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

## TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Tiroidectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

## CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

## ESOFAGO

- (Vedi anche otorinolaringoiatria).
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse -alte -totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.



## CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa

(simpatoblastoma).

- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace a imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:

a) resezione con reimpianto

b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.

- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

## ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.

## UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Ectopia della vescica e derivazione.
- Cistectomy totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomy totale.
- Surrenectomia.

## APPARATO GENITALE MASCHILE





-Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

## GINECOLOGIA

-Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

## OCULISTICA

-Iridocicloterazione da glaucoma.

-Interventi per neoplasie del globo oculare.

-Interventi di enucleazione del globo oculare.

## OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

-Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

-Laringectomia totale.

-Faringolaringectomia.

Orecchio

-Antro-atticotomia.

## TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.



**LOTTO 2 - AGCM (CIG 6398850211 )**

**ASSISTENZA PLUS**

**CAPITOLATO**

**PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO E  
IN QUIESCENZA  
DELLA AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL  
MERCATO (AGCM) DI CONTRIBUTI ECONOMICI  
A FRONTE DI SPESE SANITARIE PER MALATTIA,  
INFORTUNIO E PARTO**



## **ART. 1 - ASPETTI GENERALI**

La Cassa ..... (di seguito: Cassa), aggiudicataria del Lotto 2 di gara relativo alla stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in servizio e in quiescenza della Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (di seguito: AGCM) e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente capitolato, a erogare rimborsi di spesa e contributi economici agli assistiti a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto secondo le seguenti norme.

La durata del contratto è pari a tre anni, dalle ore 00.00 dell'1.03.2016 alle ore 24.00 del 28.02.2019. Le "annualità assistenziali" decorrono dal 1° marzo al 28 febbraio successivo.

E' sempre facoltà dell'assistito ottenere le prestazioni mediche secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista (c.d. convenzione diretta).

## **ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL CAPITOLATO**

Possono aderire all'Assistenza Plus i Titolari dell'Assistenza "Base". Su richiesta del Titolare, l'Assistenza Opzione Plus" si estende, senza il pagamento di ulteriori quote, al coniuge e ai figli fiscalmente a carico iscritti nell'Assistenza Base, siano o no anagraficamente conviventi con il Titolare.

L'assistenza può inoltre includere i "familiari facoltativamente assistibili" già inseriti nella Base, su richiesta del Titolare e dietro pagamento di quote capitarie. L'inclusione nell'Assistenza Plus deve riguardare TUTTI i familiari facoltativamente assistibili iscritti alla Base.

**TRANNE CONIUGE E FIGLI, NESSUN PARENTE O AFFINE NON CONVIVENTE CON IL TITOLARE PUO' ESSERE INSERITO IN ASSISTENZA.**

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
  - indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti, salve le possibili limitazioni connesse con l'esito della compilazione del questionario anamnestico, ove previsto;
  - a integrazione dell'Assistenza Base;
  - durante il permanere del rapporto con la AGCM (quale dipendente o pensionato). In caso di cessazione del rapporto senza titolo alla prosecuzione dell'assistenza o di mancata opzione per la prosecuzione, l'assistenza opera fino alla fine dell'annualità assistenziale in cui è avvenuta la cessazione. In caso di decesso del Titolare, il nucleo già assistito ha facoltà, con oneri a proprio carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del presente contratto;
- a tal fine, un familiare deve subentrare nella posizione di Titolare dell'assistenza e pagare il contributo – ove ancora dovuto – previsto per quest'ultimo.

Per tutti gli assistiti non aderenti al 29.02.2016 alla previgente copertura assistenziale Plus stipulata dalla AGCM, l'operatività nell'assistenza è subordinata a un periodo di sospensione dall'1.03.2016 (c.d. "carenza"), fatta eccezione per i:

- neo-assunti con decorrenza successiva al 31.01.2016 (e relativi nuclei);
- dipendenti rientrati da aspettativa (per impieghi in Italia o all'estero, cariche politiche, amministrative o sindacali, motivi di studio) con decorrenza successiva al 31.01.2016 (e relativi nuclei);
- casi di nascita, adozione, affidamento di un figlio, matrimonio, maturazione del terzo anno di convivenza *more uxorio*, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il terzo grado, venir meno di "analoga assistenza", acquisizione di carico fiscale per coniuge/figlio.

La carenza decorre dall'1.03.2016 ed è pari a:



- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio. Qualora dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo l'1.03.2016, per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio l'assistenza decorre dal 31.3.2016;
- 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati prima dell'1.03.2016.

### **ART. 3 – QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

In caso di limitazioni per effetto di quanto indicato nel questionario anamnestico (ove previsto dal capitolato Assistenza Base), l'assistito può chiedere (alla AGCM e per conoscenza alla Cassa) il recesso integrale dall'assistenza (Base e Plus) o parziale (solo Plus) e la restituzione dei contributi eventualmente versati, purché non abbia usufruito di prestazioni o chiesto rimborsi nell'annualità assistenziale da cui decorrono le limitazioni. Il recesso del Titolare comporta automaticamente il recesso di tutti i familiari eventualmente iscritti.

### **ART. 4 - LIMITI DI ASSISTENZA**

Per "limite di assistenza" si intende l'importo massimo di contributi e rimborsi erogabili dalla Cassa in ogni anno assistenziale per nucleo familiare assistito.

Il limite di assistenza, unico per Base e Plus, è lo stesso indicato all'art. 4 del capitolato Assistenza "Base".

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell'annualità assistenziale, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

### **ART. 5 – PRESTAZIONI**

#### **A - PRESTAZIONI CONNESSE A INTERVENTI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI OCASE DI CURA**

La Cassa rimborsa:

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale e di parto cesareo:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell'autonomia dell'assistito
- assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, medicinali, esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per interventi effettuati in convenzione diretta, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti l'intervento, anche in *day hospital*; esami, medicinali, prestazioni mediche, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere) e trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il limite del rimborso è pari a € 6.000,00 per evento senza applicazione di alcuna franchigia/scoperto.



Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa rimborsa all'assistito che ne faccia domanda le spese sostenute entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

### **B - SCOPERTO**

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A prevede:

- per gli interventi ambulatoriali effettuati **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa** (sia struttura sanitaria sia *équipe* medica) nessuno scoperto/franchigia;
- per gli interventi ambulatoriali effettuati **in regime indiretto con la Cassa**, applicazione di una franchigia fissa di € 650,00.

Le spese connesse a intervento, anche se sostenute a cavallo di due annualità assistenziali, vengono rimborsate a valere sul massimale dell'anno assistenziale in cui è iniziato il ricovero e con applicazione di unico scoperto/franchigia.

Per gli interventi ambulatoriali **a carico del S.S.N.**, il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi l'intervento nei limiti previsti alla lett. A non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

### **C - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**

La Cassa rimborsa le "prestazioni specialistiche" di seguito indicate, con un limite complessivo di [€ ...] per anno/nucleo, con il sotto-limite di € 700,00 per le prestazioni di psicoterapia:

- a) onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche), visite omeopatiche;
- b) analisi e esami diagnostici compresi gli onorari dei medici.

Le prestazioni di cui ai punti a) e b) sono rimborsabili solo se la relativa documentazione riporti la diagnosi o il sospetto diagnostico;

c) terapie: alcolizzazione, chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, terapie radianti, terapia del dolore, psicoterapia, logopedia, fisioterapia a seguito di infortunio, ictus cerebrale, forme neoplastiche, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio la sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica e il morbo di Parkinson).

Le terapie sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medicospecialistica attestante una diagnosi documentata e accertata. Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia e alla fisioterapia, le terapie sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, logopedista e fisioterapista diplomato.

La fisioterapia a seguito di infortunio viene rimborsata solo se documentata da certificato del Pronto soccorso.

Queste prestazioni sono rimborsate come segue:

- se effettuate **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa**, viene applicata una franchigia fissa di [€ ...] per ciclo di cura;
- se effettuate **in regime indiretto con la Cassa**, viene applicato uno scoperto del [... %] con un minimo di [€ ...] per ciclo di cura.

I *ticket* relativi alle prestazioni elencate vanno presentati con cadenza semestrale (entro il 28 febbraio ed entro il 31 agosto e sono integralmente rimborsati).



#### ***D – CICLO DI CURA***

Il “ciclo di cura” è il complesso delle prestazioni connesse a un medesimo stato patologico. La Cassa applica in ciascun anno assistenziale un unico scoperto/franchigia per ciclo di cura, anche qualora le prestazioni vengano effettuate in tempi diversi oppure riguardino piani assistenziali diversi (ad esempio prestazioni di alta diagnostica previste nell’Assistenza “Base” e prestazioni specialistiche previste nell’Assistenza “Opzione Plus”). Le prestazioni sono rimborsate nel piano assistenziale che espressamente le prevede; in particolare, le prestazioni di alta diagnostica sono rimborsate a valere sul massimale dell’Assistenza “Base” e successivamente, in caso di esaurimento di tale massimale, su quello delle prestazioni specialistiche previste nell’Assistenza Plus.

Nel caso in cui il ciclo di cura includa prestazioni rese in regime sia diretto sia indiretto, al complesso delle spese sostenute viene applicato lo scoperto/franchigia previsto per il regime indiretto.

In caso di ricorso al regime indiretto, con la presentazione della richiesta di rimborso l’assistito **dichiara concluso** il ciclo di cura; pertanto, successive richieste per lo stesso stato patologico comportano l’applicazione di un nuovo scoperto/franchigia.

Per tutte le spese sanitarie diverse da quelle connesse a ricoveri e interventi ambulatoriali, il ciclo di cura si interrompe il 31 gennaio di ciascuna annualità assistenziale; quindi per le spese sostenute successivamente a tale data si apre un nuovo ciclo di cura – attraverso una nuova richiesta di rimborso – con applicazione del relativo scoperto/franchigia e imputazione ai massimali della nuova annualità.

#### ***E - CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO***

In luogo di quanto previsto nel capitolato Assistenza “Base” all’art. 5, lett. G, la Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, con un limite assistenziale di € 2.000,00 per anno/nucleo; le spese sono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 20%.

Tali spese saranno rimborsate solo se il danno dentario è certificato da parte del Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso.

#### ***F – OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE***

In luogo di quanto previsto nel capitolato Assistenza “Base” all’art. 5, lett. I, la Cassa rimborsa le spese successive a un ricovero sostenute per servizi domiciliari medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi, tendenti al recupero della funzionalità fisica. Tali spese sono rimborsate senza applicazione di scoperto/franchigia, fino a concorrenza del limite di € 2.000,00 per anno/nucleo.

#### ***ART. 6 - PRESTAZIONI ESCLUSE***

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;



- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente a intervento chirurgico oncologico;
- ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'assistito all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- ricoveri causati dalla necessità dell'assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale;
- pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometria superiore a quattro diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a sei diottrie;
- prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di *day hospital*<sup>1</sup>, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- psicoterapia non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
- logopedia non effettuata da medico specialista o da logopedista;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 5, lett. E;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'assistito, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

#### **ART. 7 - MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB OVVERO TRAMITE REFERENTE**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il Titolare deve presentare una richiesta alla Cassa su apposito modulo, di norma entro 30 giorni dalla data in cui si è conclusa la cura o il ciclo di cura.

La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate e dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. La documentazione deve essere trasmessa via *web*, ovvero consegnata in formato cartaceo ad un referente della Cassa.

---

<sup>1</sup> Si intende per *day hospital* una prestazione assistenziale di ricovero, limitata a una sola parte della giornata, che non prevede il pernottamento; il paziente viene ospitato in un stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto attrezzato.



A tal fine la Cassa mette a disposizione degli assistiti un portale *web* - nel quale sono disponibili le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati e la modulistica – tramite il quale:

- inoltrare le richieste di rimborso, allegando tutta la relativa documentazione in forma elettronica;
- visualizzare le pratiche inoltrate, il relativo status, i rimborsi disposti e i massimali residui.

La Cassa garantisce altresì la presenza, con cadenza mensile, di un referente presso la sede di AGCM per l'assistenza al personale ed il ritiro della richiesta cartacea.

Infine, la richiesta di rimborso può essere trasmessa tramite posta cartacea.

La Cassa effettua il rimborso direttamente al Titolare di norma mediante accredito sul conto corrente - anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare – entro il termine di 30 giorni (decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente capitolato, inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; in tal caso il termine per la definizione del sinistro è di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare. Ove, successivamente, il rimborso risulti superiore a quello dovuto o non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire entro il termine, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso - a titolo di risarcimento danni e sanzione forfetaria - pari allo 0,02% per ogni giorno di calendario.

I rimborsi sono effettuati in Italia in euro; per le spese sostenute in Paesi extra area euro, i rimborsi sono effettuati in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Ogni diniego di rimborso dev'essere motivato per iscritto dalla Cassa, anche per via elettronica.

Gli assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi a eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

#### **ART. 8 – REVOCA E MODIFICHE**

Salve le fattispecie espressamente previste, l'adesione ai piani assistenziali è **IRREVOCABILE** e **IMMODIFICABILE** per l'intero periodo di vigenza del contratto, così come la mancata adesione impedisce il successivo inserimento in assistenza.

#### **ART. 9 – CONTROVERSIE - ARBITRATO**

Le controversie di natura medica possono essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri sono nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le

decisioni del collegio, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti, che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La volontà di deferire la controversia al collegio arbitrale espressa da una delle parti è vincolante per l'altra.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (assistito e Cassa) sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i soggetti.

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Roma,

CASSA

AGCM



**Allegato N. 3.c**

**LOTTO 2 - AGCM (CIG 6398850211)**

**ASSISTENZA GRANDI RISCHI PENSIONATI**

**CAPITOLATO**

**PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN QUIESCENZA DELLA  
AUTORITA' DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO (AGCM) DI  
CONTRIBUTI ECONOMICI A FRONTE DI SPESE SANITARIE PER  
MALATTIA E INFORTUNIO**



## **ART. 1 - ASPETTI GENERALI**

La Cassa ..... (di seguito: Cassa), aggiudicataria del Lotto 2 di gara relativo alla stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in quiescenza dell'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato (di seguito: AGCM) e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente capitolato, a erogare rimborsi di spesa e contributi economici agli assistiti a fronte di spese sanitarie per malattia e infortunio secondo le seguenti norme.

La durata del contratto è pari a tre anni, dalle ore 00.00 dell'1.03.2016 alle ore 24.00 del 28.2.2019. Le "annualità assistenziali" decorrono dal 1° marzo al 28 febbraio successivo.

E' sempre facoltà dell'assistito ottenere le prestazioni mediche secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista (c.d. convenzione diretta).

L'adesione all'Assistenza Grandi rischi è alternativa rispetto all'Assistenza "Base" e all'Assistenza "Opzione Plus".

## **ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL CAPITOLATO**

Possono aderire come titolari dell'assistenza (di seguito: Titolari) i pensionati diretti (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti") fino all'età di 80 anni.

Su richiesta del Titolare l'assistenza si estende, senza il pagamento di ulteriori quote, al coniuge anagraficamente convivente (anche se fiscalmente non a carico) fino all'età di 80 anni.

L'assistenza può inoltre includere i figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il Titolare, su richiesta del Titolare e dietro pagamento di quote capitarie. L'inserimento di un figlio comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il Titolare. Non è obbligatorio inserire in assistenza i figli che beneficino di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro ("analoga assistenza").

Possono aderire a tale assistenza i pensionati diretti iscritti o meno alle vigenti assistenze nonché il personale che cesserà dal servizio con diritto a pensione successivamente al 29.02.2016. L'assistenza viene prestata, nei confronti dell'intero nucleo assistibile, fino al termine dell'annualità assistenziale in cui il Titolare raggiunge l'80° anno di età; l'estensione al coniuge cessa comunque al termine dell'annualità assistenziale in cui raggiunge l'80° anno di età.

Le previsioni di cui sopra sono valide fatti salvi i casi di cui all'art. 6.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti, salve le possibili limitazioni connesse con l'esito della compilazione del questionario anamnestico, ove previsto.

In caso di decesso del Titolare, il nucleo già assistito ha facoltà, con oneri a proprio carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del presente contratto, fermo restando il limite degli 80 anni previsto per il coniuge superstite; a tal fine, un familiare deve subentrare nella posizione di Titolare dell'assistenza e pagare il contributo – ove ancora dovuto – previsto per quest'ultimo.

Per tutti gli assistiti non aderenti a uno dei previgenti piani assistenziali stipulati dalla AGCM, l'operatività dell'assistenza Grandi rischi è subordinata a un periodo di sospensione (c.d. "carezza"), fatta eccezione per i casi di nascita, adozione, affidamento di un figlio, insorgere di



convivenza e/o acquisizione di carico fiscale di un figlio, matrimonio e/o insorgere di convivenza con il coniuge.

La carenza decorre dall'ingresso in assistenza ed è pari a 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati prima della data di decorrenza dell'inserimento nella Grandi rischi.

### ***ART. 3 – QUESTIONARIO ANAMNESTICO***

All'atto dell'adesione devono compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico (all. F4) tutti gli assistiti che abbiano compiuto 75 anni al 29.02.2016.

Il questionario dev'essere inoltre presentato da tutti gli assistiti al compimento del 75° anno (per coloro che raggiungano quest'età dall'1.03.2016 al 28.02.2018).

Per effetto di quanto indicato nel questionario, la Cassa può introdurre limitazioni dell'assistenza, motivandole per iscritto, che decorrono dall'1.03.2016 nei casi di cui al primo comma ovvero dall'anno assistenziale successivo a quello in cui l'assistito abbia compiuto 75anni.

In caso di limitazioni, l'assistito può chiedere (alla AGCM e per conoscenza alla Cassa) il recesso dall'assistenza e la restituzione dei contributi eventualmente versati, purché non abbia usufruito di prestazioni o chiesto rimborsi nell'annualità assistenziale da cui decorrono le limitazioni. Il recesso del Titolare comporta automaticamente il recesso di tutti i familiari eventualmente iscritti.

Rilevanti omissioni o dichiarazioni non veritiere nel questionario, atte ad alterare significativamente il quadro informativo, possono comportare la sospensione delle prestazioni della Cassa, salva successiva verifica in contraddittorio, e la restituzione dei rimborsi non dovuti nel frattempo versati in favore dell'assistito.

Il mancato invio del questionario comporta l'impossibilità di fruire dell'assistenza.

L'assistenza resta comunque sospesa fino alla risposta della Cassa (che deve essere comunicata entro 30 giorni).

### ***ART. 4 - LIMITI DI ASSISTENZA***

Per "limite di assistenza" si intende l'importo massimo di contributi e rimborsi erogabili dalla Cassa in ogni anno assistenziale per nucleo familiare assistito.

Il limite di assistenza è di € 100.000,00 per anno assistenziale, fermi restando i limiti specifici più avanti previsti per singole tipologie di prestazione.

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell'annualità assistenziale, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

### ***ART. 5 – PRESTAZIONI***

#### ***A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA***

1. La Cassa rimborsa, in caso di grande intervento chirurgico di cui all'elenco allegato:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento - compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell'autonomia dell'assistito;

- assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, medicinali, esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi effettuati in convenzione diretta);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 60 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche; prestazioni finalizzate al recupero della salute quali prestazioni infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere) e trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 60 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa rimborsa all'assistito che ne faccia domanda le spese sostenute entro il 100% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

2. La Cassa rimborsa inoltre le spese sostenute a fronte di:

- compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, con un massimo di € 1.100,00 per evento;
- vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'assistito infermo, con il limite giornaliero di € 110,00 e con un massimo di 30 giorni per anno/nucleo;
- trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo e un eventuale accompagnatore con il massimo di € 2.100,00 per evento.

## ***B - SCOPERTO***

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A, punto 1., prevede:

- per gli interventi effettuati **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa** (sia struttura sanitaria sia *équipe* medica), nessun limite per la retta di degenza e l'applicazione di uno scoperto del 15%, con un minimo di € 750,00 e un massimo di € 2.750,00, per ricovero;
- per gli interventi effettuati **in regime indiretto con la Cassa**: applicazione di un limite di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza e di uno scoperto del 20%, con il minimo di € 1.250,00 ed il massimo di € 2.750,00, per ricovero.

Le spese connesse a ricovero, anche se sostenute a cavallo di due annualità assistenziali, vengono rimborsate a valere sul massimale dell'anno assistenziale in cui è iniziato il ricovero e con applicazione di unico scoperto/franchigia.

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A, punto 2., non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

## ***C - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE***

Se tutte le spese di cui alla lett. A, punto 1., sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di intervento di cui all'elenco allegato al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio.

L'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) è pari ad € 80,00, con un massimo di 300 giorni per anno/nucleo.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del S.S.N., nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, la Cassa rimborsa il maggiore importo tra



il conteggio relativo al totale delle diarie giornaliere spettanti e il rimborso delle altre spese sostenute di cui alla lett. A, punto 1.

#### ***D - TRASPORTO DEL DEFUNTO***

La Cassa rimborsa le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'assistito infermo a seguito di ricovero in istituto di cura all'estero per uno degli interventi di cui all'elenco allegato con un limite annuo di € 1.550,00 pro capite. Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

#### ***ART. 6 - CASI DI NON ASSISTENZA O DI ASSISTENZA CON PATTO SPECIALE***

Non sono di norma assistibili - e l'assistenza cessa al manifestarsi delle relative patologie - le persone affette da apoplezia, epilessia, infermità mentale, alcoolismo, tossicomania, diabete (solo nei casi in cui il tasso di glicemia enzimica superi i 200 mg/100 ml), difetti fisici rilevanti, infermità gravi e permanenti che riducano singolarmente o nel complesso l'efficienza psicofisica in misura pari o superiore al 40%.

Al verificarsi di una delle condizioni patologiche sopra elencate, deve essere inoltrata tempestiva comunicazione alla Cassa. La mancata comunicazione rende inattivabile, per l'assistito, il ricorso alle prestazioni della Cassa e non dà titolo a ottenere il rimborso dei contributi versati fino alla data in cui tali condizioni vengono accertate dalla Cassa.

In presenza di tali patologie, la Cassa può comunque deliberare l'assistibilità tramite un patto speciale, che ne fissa condizioni e limiti.

#### ***ART. 7 - MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB OVVERO TRAMITE REFERENTE***

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il Titolare deve presentare una richiesta alla Cassa redatta su apposito modulo, di norma entro 30 giorni dalla data in cui si è conclusa la cura o il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcellle debitamente quietanzate e dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso.

La documentazione deve essere trasmessa via *web*, ovvero consegnata in formato cartaceo ad un referente della Cassa.

A tal fine la Cassa mette a disposizione degli assistiti un portale *web* - nel quale sono disponibili le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati e la modulistica – tramite il quale:

- inoltrare le richieste di rimborso, allegando tutta la relativa documentazione in forma elettronica;
- visualizzare le pratiche inoltrate, il relativo status, i rimborsi disposti e i massimali residui.

La Cassa garantisce altresì la presenza, con cadenza mensile, di un referente presso la sede di AGCM per l'assistenza al personale ed il ritiro della richiesta cartacea.

Infine, la richiesta di rimborso può essere trasmessa tramite posta cartacea.

La Cassa effettua il rimborso direttamente al Titolare di norma mediante accredito sul conto corrente - anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare – entro il termine di 30 giorni (decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente capitolato, inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione





integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; in tal caso il termine per la definizione del sinistro è di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare. Ove, successivamente, il rimborso risulti superiore a quello dovuto o non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire entro il termine, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso - a titolo di risarcimento danni e sanzione forfetaria - pari allo 0,02% per ogni giorno di calendario.

I rimborsi sono effettuati in Italia in euro; per le spese sostenute in Paesi extra area euro, i rimborsi sono effettuati in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Ogni diniego di rimborso dev'essere motivato per iscritto dalla Cassa, anche per via elettronica.

Gli assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi a eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

#### **ART. 8 – REVOKA E MODIFICHE**

Salve le fattispecie espressamente previste, l'adesione ai piani assistenziali è IRREVOCABILE e IMMODIFICABILE per l'intero periodo di vigenza del contratto, così come la mancata adesione impedisce il successivo inserimento in assistenza.

#### **ART. 9 – CONTROVERSIE - ARBITRATO**

Le controversie di natura medica possono essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri sono nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito.

Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti, che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La volontà di deferire la controversia al collegio arbitrale espressa da una delle parti è vincolante per l'altra.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (assistito e Cassa) sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i soggetti.

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Roma,

CASSA .....

AGCM

## **ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **STOMACO-DUODENO**

- Resezione (totale o parziale) dello stomaco.
- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

### **INTESTINO**

- Colectomia totale, emicolectomia e resezione rettocolica.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.
- Laparotomia e laparoscopia esplorativa.
- Exeresi tumore peritoneale.

### **RETTO-ANO**

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

### **ERNIE**

- Intervento iatale con tonduplicatio.

### **FEGATO E VIE BILIARI**

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

### **PANCREAS-MILZA**

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
  - enucleazione delle cisti
  - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:



a) totale o della testa

b) della coda.

- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

### **CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.

- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.

- Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta.

- Operazione per encefalo-meningocele.

- Talamotomia-pallidotomia e altri interventi simili.

- Interventi per epilessia focale.

- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari.

- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.

- Emisferectomia.

- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

- Interventi per traumi vertebrali.

- Somatomia vertebrale e relativi interventi sui dischi intervertebrali.

### **SIMPATICO E VAGO**

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.

8

8

- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.

### **CHIRURGIA VASALE**

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.

- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

### **CRANIO**

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

### **FACCIA E BOCCA**

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.

- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.

- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.

- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo

facciale.

- Parotidectomy totale con preparazione del nervo facciale

## **COLLO**

- Tiroidectomy totale per neoplasie maligne.
- Timectomy per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

## **TORACE**

- Resezioni segmentarie e lobectomy.
- Pneumonectomy.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomy.
- Toracectomy ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomy per via toracica.
- Toracoplastica totale.

## **CHIRURGIA TORACICA**

- Pericardiectomy parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomy (per stenosi mitralica).

## **ESOFAGO**

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megacsofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.



## **CHIRURGIA PEDIATRICA**

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ilco meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
  - a) resezione con reimpianto
  - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

## **ARTICOLAZIONI**

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.

## **UROLOGIA**

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomy totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomy totale.
- Surrenectomia.

## **APPARATO GENITALE MASCHILE**

- Orchiectomy per neoplasie maligne con linfadenectomy.





## **GINECOLOGIA**

- Pannistectomy radicale per via addominale per tumore maligno.

## **OCULISTICA**

- Iridocicloterazione da glaucoma.
- Interventi per neoplasie del globo oculare.
- Interventi di enucleazione del globo oculare.

## **OTORINOLARINGOIATRIA**

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

## **TRAPIANTI D'ORGANO**

Tutti.



Sinistri piano 1455 AGCM Dipendenti dal 28/02/2015 al 29/02/2016

Modulo Sinistro	Rete		Fuori rete		SSN		Totale	
	Num.Sin.	Costo	Num.Sin.	Costo	Num.Sin.	Costo	Num.Sin.	Costo
INT.AMBULATORIALE	5	6.933	5	6.232	3	148	13	13.313
LENTI E OCCHIALI			20	2.716			20	2.716
ODONTOIATRIA			24	5.715			24	5.715
PREVENZIONE			11	1.507			11	1.507
RICOVERO	16	331.338	11	80.332			27	411.670
SPESE SANITARIE VARIE			14	867			14	867
VISITE E ACCERTAMENTI	228	29.826	477	101.233	368	16.879	1.073	147.938
<b>Totale</b>	<b>249</b>	<b>368.098</b>	<b>562</b>	<b>198.602</b>	<b>371</b>	<b>17.027</b>	<b>1.182</b>	<b>583.727</b>
<b>Premi di competenza</b>								
								<b>437.085</b>
<b>S/P</b>								<b>133,6%</b>



ALL. 2.5



**Report : Overview**

ASSOCIATO: AGCM - AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO  
CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE  
UY: 2016  
Data Rilevazione Sinistri: 28/02/2018

POLIZZA	DATA DECORRENZA	DATA SCADENZA	MESI DI OSSERVAZIONE	PREMIO IMPONIBILE	SINISTRI PAGATI	OSR	IBNR	SINISTRI COMPLESSIVI	S/P
31006866	01/03/2016	01/03/2017	24	444.617	609.128	-	2.281	611.408	137.5%



## Report : Analisi sinistri per tipo prestazione

ASSOCIATO: AGCM - AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO  
CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE

UY: 2016

Data Rilevazione Sinistri: 28/02/2018

TIPO PRESTAZIONE	GARANZIA	NETWORK	N. PRESTAZIONI	RICHIESTO	PAGATO
OSPEDALIERE	RICOVERO SENZA INTERVENTO	IN	4	1.511,20	950,00
	RICOVERO CON INTERVENTO	DI	279	222.368,76	222.367,16
		IN	106	224.298,12	164.080,93
	INTERVENTO AMBULATORIALE	DI	68	26.471,96	25.471,96
		IN	25	22.733,99	12.470,82
	OSPEDALIERE Totale			482	497.384,03
EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	DI	169	20.542,51	17.682,31
		IN	334	70.654,35	26.552,53
	TERAPIE ORTOPEDICHE	DI	19	4.628,06	4.501,56
		IN	7	3.421,43	2.723,38
	TERAPIE NON ORTOPEDICHE	DI	1	935,00	935,00
		IN	94	45.623,33	14.572,52
	LENTI/OCCHIALI	IN	1	1.096,50	-
	CURE ONCOLOGICHE	IN	1	3.915,00	2.400,00
	CURE DENTARIE	DI	91	12.854,64	12.006,46
		IN	7	3.925,71	2.138,56
	ALTA DIAGNOSTICA	DI	273	53.991,47	51.888,43
		IN	141	27.237,87	15.777,80
ACCERTAMENTI/PRESTAZIONI MEDICHE	DI	789	21.375,04	17.628,70	
	IN	263	35.097,68	14.979,43	
EXTRAOSPEDALIERE Totale			2.190	305.298,59	183.786,68
Totale complessivo			2.672	802.682,62	609.127,55





ALL. 2.6



Report : Overview

ASSOCIATO: AGCM - AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO  
CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE  
UY: 2017  
Data Rilevazione Sinistri: 28/02/2018

POLIZZA	DATA DECORRENZA	DATA SCADENZA	MESI DI OSSERVAZIONE	PREMIO IMPONIBILE	SINISTRI PAGATI	OSR	IBNR	SINISTRI COMPLESSIVI	S/P
31006866	01/03/2017	01/03/2018	12	447.919	453.201	5.711	39.489	498.402	111,3%



## Report : Analisi sinistri per tipo prestazione

ASSOCIATO: AGCM - AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO  
 CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE  
 UY: 2017  
 Data Rilevazione Sinistri: 28/02/2018

TIPO PRESTAZIONE	GARANZIA	NETWORK	N. PRESTAZIONI	RICHIESTO	PAGATO
OSPEDALIERE	RICOVERO CON INTERVENTO	DI	275	179.771,46	179.771,46
		IN	67	94.237,92	88.007,68
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	DI	16	6.924,72	6.924,72
	PARTO CESAREO	DI	1	7.020,00	6.480,00
	INTERVENTO AMBULATORIALE	DI	61	15.975,46	15.975,46
		IN	23	9.247,60	3.380,39
	ALTRO (accompagnatore, trasporto e rimpatrio salma_etc)	IN	1	140,40	140,40
OSPEDALIERE Totale			444	313.317,56	300.680,11
EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	DI	202	21.966,95	17.040,53
		IN	239	43.171,27	19.906,66
	TERAPIE ORTOPEDICHE	DI	9	3.877,20	3.672,00
		IN	6	2.689,20	2.440,80
	TERAPIE NON ORTOPEDICHE	IN	63	21.485,09	11.444,76
	CURE DENTARIE	DI	107	19.375,15	11.020,59
		IN	2	3.186,00	1.255,50
	ALTA DIAGNOSTICA	DI	381	57.268,92	48.556,24
		IN	77	14.433,35	7.637,91
	ACCERTAMENTI/PRESTAZIONI MEDICHE	DI	1.289	23.847,27	19.851,59
		IN	187	15.949,85	9.694,79
	EXTRAOSPEDALIERE Totale			2.562	227.250,25
Totale complessivo			3.006	540.567,81	453.201,48

