

CHIARIMENTI

Chiarimento n. 1

Con riferimento sia Lotto 1 CONSOB, sia al Lotto 2 AGCM, si precisa che all'art. 6 del documento "Capitolato Piano Unico" (rispettivamente allegato 1.a al documento "Schema di contratto Lotto 1 CONSOB" e allegato 2.a al documento "Schema di contratto AGCM"), al 5° capoverso, relativo al portale web che la Cassa è tenuta a mettere a disposizione degli assistiti, per mero errore materiale, è stata omessa la dicitura "[da inserire nel caso in cui l'affidatario abbia offerto in gara tali elementi:]" prima delle parole "accessibile ai non vedenti".

Il sito accessibile ai non vedenti, infatti, è una prestazione oggetto di valutazione nell'ambito dell'offerta tecnica, come previsto alla lett. C "Sito accessibile ai non vedenti" scheda 26, rispettivamente, del documento "Criteri di valutazione dell'offerta tecnica Lotto 1 CONSOB" e del documento "Criteri di valutazione dell'offerta tecnica Lotto 2 AGCM".

La formulazione corretta del citato capoverso è dunque la seguente:

«A tal fine la Cassa mette a disposizione degli assistiti un portale web - oltre che in versione "desktop", anche in versione "mobile" e/o mediante applicazioni mobile (per smartphone e tablet) - [da inserire nel caso in cui l'affidatario abbia offerto in gara tali elementi: accessibile ai non vedenti] (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.»

RISPOSTE A QUESITI

Quesito n. 1

D1: Con riferimento ad entrambi i lotti 1 e 2 del Disciplinare è stato chiesto quanto segue:

- 1) Alle pagine 10 e 11 del Disciplinare le "Quantità / aventi diritto stimati" per i servizi di medicina preventiva sono indicati rispettivamente in 1.539 per CONSOB e 355 per AGCM; si elencano le seguenti categorie di assicurati chiedendo, ai fini di una corretta valutazione del rischio, di indicare quali siano state incluse ai fini della stima degli aventi diritto e quali no:
 - a. i dipendenti in servizio aderenti al piano unico
 - b. i dipendenti cessati dal servizio che percepiscono l'assegno di sostegno al reddito aderenti al piano unico
 - c. i pensionati diretti (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti") e i subentrati (nella posizione assistenziale del dipendente/pensionato deceduto e limitatamente al nucleo già assistito) che siano iscritti al 31.1.2019 all'Assistenza "Base" (ovvero Base e Plus) della previgente copertura assistenziale, che non abbiano compiuto 80 anni all'1.2.2019, aderenti al piano unico
 - d. i coniugi/uniti civilmente a carico fiscale e i figli a carico fiscale dei titolari elencati alle lettere a, b, c che abbiano aderito al piano unico
 - e. i familiari facoltativamente assistibili dei titolari elencati alle lettere a, b, c che abbiano aderito al piano unico
 - f. i familiari facoltativamente assistibili dei titolari elencati alle lettere a, b, c che non abbiano aderito al piano unico
 - g. i pensionati diretti (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti") che abbiano aderito al piano grandi rischi pensionati
 - h. i pensionati non iscrivibili nel Piano Unico per il raggiungimento del limite di età (80 anni) che abbiano aderito al piano grandi rischi pensionati
 - i. i subentrati nella posizione assistenziale del pensionato deceduto iscritto alla vigente Grandi rischi pensionati, limitatamente al nucleo già assistito, che abbiano aderito al piano grandi rischi pensionati
 - j. i coniugi/uniti civilmente anagraficamente conviventi (anche se fiscalmente non a carico) fino all'età di 85 anni dei titolari elencati alle lettere g, h, i che abbiano aderito al piano grandi rischi pensionati
 - k. i figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi dei titolari elencati alle lettere g, h, i che abbiano aderito al piano grandi rischi pensionati

- l. i figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi dei titolari elencati alle lettere g, h, i che **non** abbiano aderito al piano grandi rischi pensionati
- m. i pensionati che **non** abbiano aderito né al piano unico, né al piano grandi rischi

Si chiede inoltre di indicare per quali assistiti tra quelli elencati alle lettere a, b, c, g, h, i, m, il premio per la fruizione delle prestazioni di medicina preventiva sia pagato da CONSOB e AGCM, indipendentemente dall'effettivo svolgimento del check-up, e per quali categorie il premio sia pagato direttamente dagli assistiti.

R1:

Lotto 1 CONSOB

Per quanto concerne le "Quantità/aventi diritto stimati" per i servizi di medicina preventiva (check-up), come chiarito nella documentazione di gara, il numero di 1.539 soggetti indicato dalla Consob è meramente orientativo e riguarda tutti i soggetti potenzialmente interessati ai servizi di medicina preventiva (quindi non solo dipendenti e pensionati - per i quali il premio sarà a carico della Consob - ma anche i rispettivi familiari a carico e non), indipendentemente dall'adesione alla attuale polizza sanitaria (l'adesione al Piano Unico cui si fa riferimento nel quesito posto dall'operatore economico potrà, infatti, avvenire solo con il prossimo piano assicurativo).

Si ricorda che il pagamento del premio sarà a carico della Consob solo per dipendenti e pensionati (cfr. art. 2 del capitolato 1.c CONSOB Capitolato piano medicina preventiva), quanto ai familiari all'art. 3 del citato allegato 1.c CONSOB Capitolato piano medicina preventiva", è chiarito quanto segue: "Possono inoltre effettuare il check-up i familiari iscritti all'assistenza sanitaria (piano Unico o Grandi rischi). Per ogni check-up i familiari devono versare al Centro medico convenzionato la somma di euro [€ ...]. Nulla è dovuto a carico della CONSOB."

Lotto 2 AGCM

A. Per quanto concerne le "Quantità/aventi diritto stimati" per i servizi di medicina preventiva (check-up), come chiarito nella documentazione di gara, il numero di 355 soggetti indicato dall'AGCM è meramente orientativo e riguarda solo i **dipendenti e i pensionati** (art.2 dell'allegato 2C AGCM Capitolato servizi di medicina preventiva) **per i quali sarà l'AGCM medesima a pagare il premio**. In ordine a quanto richiesto si rappresenta che, ad oggi, il numero effettivo si aggira intorno alle 290 unità, fermo restando che il relativo corrispettivo complessivo annuo sarà calcolato nei termini previsti dallo Schema di contratto all'Art.9 – "Corrispettivi per i servizi di medicina preventiva (check-up)": "1. Il corrispettivo individuale annuo a carico della AGCM per i servizi di medicina preventiva (check-up) è pari a XXX euro (prezzo offerto in gara). Il corrispettivo complessivo annuo dovuto dalla AGCM è pari al prodotto del citato corrispettivo individuale per il numero degli aventi diritto, come individuato ai sensi del successivo comma 2.

2. Entro il mese di marzo di ciascun anno assistenziale, la AGCM è tenuta a comunicare alla Cassa il numero degli aventi diritto alla data del 28 febbraio, agli effetti della determinazione del corrispettivo per l'anno contrattuale in corso. Fermo restando quanto previsto dall'art. 7, comma 3 del presente contratto, eventuali variazioni del numero degli aventi diritto successive al 28 febbraio di ciascun anno assistenziale non daranno luogo a variazione del corrispettivo per l'annualità in corso. OMISSIS"

B. Per quanto riguarda, invece, i **familiari**, all'art. 3 del citato allegato "2C AGCM Capitolato servizi di medicina preventiva", è chiarito quanto segue: "Possono inoltre effettuare il check-up i familiari iscritti all'assistenza sanitaria (piano Unico o Grandi rischi). Per ogni check-up i familiari devono versare al Centro medico convenzionato la somma di euro [€ ...]. **Nulla è dovuto a carico della AGCM.**" Il numero esatto dei familiari iscritti all'assistenza sanitaria verrà comunicato ai sensi del citato art.9 dello Schema di contratto.

Ai fini della valutazione del rischio e dunque al fine di quantificare il numero dei familiari iscritti all'assistenza sanitaria, si rimanda all'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**". Si evidenzia, inoltre, che i familiari non sono stati inclusi nella "Quantità/aventi diritto stimati" per i servizi di medicina preventiva in coerenza con quanto previsto al punto 2 dell'art. 17 "Offerta economica" del Disciplinare ai sensi del quale: "Il concorrente dovrà, altresì, inviare ... nell'apposita sezione "Documento corrispettivo servizi di medicina preventiva (**familiari**)", il documento denominato "corrispettivo servizi di medicina preventiva (check-up)" ..., in cui il concorrente indica il corrispettivo che verrà praticato per l'eventuale fruizione dei servizi di medicina preventiva (check-up) di cui al capitolato 1.c. allegato al contratto, da parte dei familiari iscritti ai piani di assistenza sanitaria (cfr. art. 7, comma 2, dello schema di contratto). Detto corrispettivo verrà corrisposto direttamente dal fruitore. **Detto importo non concorre alla determinazione del punteggio dell'Offerta economica né del punteggio dell'Offerta tecnica**".

A completamento e conferma di quanto sopra esposto si riporta l'**Art.7 – Servizi di medicina preventiva (check-up)**, dello Schema di contratto che, in ordine a quanto richiesto, ulteriormente chiarisce e precisa:

“1. Possono fruire dei servizi di check-up, indipendentemente dall’adesione ai servizi di assistenza sanitaria, i soggetti indicati all’art. 2 del capitolato 1.c (N.B. leggasi per AGCM 2.c) allegato al presente contratto.

2. Possono altresì fruire dei servizi di medicina preventiva, con onere interamente a loro carico, i familiari iscritti all’assistenza sanitaria (Piano Unico o Grandi Rischi Pensionati), secondo quanto previsto dall’art. 3 del capitolato 1.c..

3. La AGCM comunicherà alla Cassa, entro 90 giorni dalla decorrenza del contratto, i dati anagrafici dei soggetti che possono svolgere il check-up. Mensilmente, tale anagrafica verrà aggiornata a cura della AGCM e trasmessa alla Cassa.

4. I soggetti di cui ai commi 1 e 2 possono sottoporsi a check-up una volta per anno di prevenzione presso i centri convenzionati con la Cassa.

5. Il capitolato in allegato 1.c. definisce nel dettaglio i soggetti destinatari della prestazioni, le tipologie di check-up disponibili e i relativi esami diagnostici.

6. La fruizione del singolo check-up da parte dell’avente diritto di cui al comma 1 è subordinata al pagamento da parte dello stesso, direttamente alla struttura convenzionata, della somma di 21,00 euro, a titolo di franchigia.

7. La fruizione del singolo check-up da parte dei familiari iscritti all’assistenza sanitaria di cui al comma 2 avverrà previo pagamento da parte dei medesimi della somma di XXXX euro direttamente alla struttura convenzionata. In relazione alle prestazioni previste dal presente comma, nulla è dovuto a carico della AGCM.”.

Quesito n. 2

D.2- è presente un broker? In caso affermativo indicarne la ragione sociale e relative commissioni.

R.2 Non è presente un broker.

Quesito n. 3

D.3- si prega di indicare l’età media dei dipendenti distinta tra quella degli aderenti al Piano Base e quella degli aderenti al piano Plus di cui alla copertura in corso.

R.3 L’età media dei dipendenti Consob aderenti all’assistenza Base della vigente polizza è 47,86, mentre l’età media dei dipendenti aderenti all’assistenza Plus della vigente polizza è 48,81.

L’età media dei dipendenti AGCM aderenti all’assistenza Base della vigente polizza è di anni 48, mentre l’età media dei dipendenti aderenti all’assistenza Plus della vigente polizza è di anni 50.

Quesito n. 4

D.4- le adesioni delle varie categorie sono tutte da intendersi a carattere volontario, compresi dipendenti e pensionati per il Piano Unico? In caso affermativo indicare l’eventuale quota di premio a carico dell’Ente.

R.4 Lotto 1 CONSOB -Le adesioni sono tutte da intendersi a carattere volontario. La quota a carico della CONSOB è prevalente.

Lotto 2 AGCM -Le adesioni sono tutte da intendersi a carattere volontario. La quota a carico della AGCM è prevalente.

Quesito n. 5

D.5- nell’allegato 3 al Disciplinare Criteri di valutazione offerta tecnica Lotto 1 Consob è presente la possibilità di apportare la miglioria di cui al punto B 13 "Massimale per interventi di natura estetica" ma tale garanzia non risulta disciplinata nel capitolato tecnico. Si chiede di precisare ulteriormente il contenuto dello stesso e di precisare il punto in cui verrà inserito all’interno del capitolato.

R.5 Il documento “Criteri di valutazione offerta tecnica Lotto 1 Consob” al punto B13) “MASSIMALE PER INTERVENTI DI NATURA ESTETICA A SEGUITO DI INFORTUNIO - FINALITA' NON FUNZIONALI (PUNTEGGIO MASSIMO TOTALE: 1 punto)” prevede tale garanzia quale massimale di 500,00 euro nell’ambito del Piano Unico tra le migliorie opzionali che è in facoltà del concorrente offrire o meno. Si rinvia al punto B13) scheda 25 di detto documento.

Quesito n. 6

D.6- la statistica sx relativa all’esercizio 2017 risulta aggiornata al 28/2/2018 per AGCM e al 31/1/18 per Consob, date corrispondenti alle rispettive scadenze anniversarie delle coperture. Pertanto il dato di sinistralità 2017 risulta mancante dei c.d. sinistri tardivi che tipicamente hanno un peso significativo. Tale assenza renderebbe inutilizzabile la statistica sx del 2017. Considerando pertanto che sono trascorsi da tali date numerosi mesi, si chiede un aggiornamento della sinistralità 2017 ad una data più

prossima a quella attuale. Diversamente l'unica statistica affidabile in termini di completa evoluzione dei tardivi potrà considerarsi solo quella del 2016, che come noto indica un dato significativamente negativo.

R.6 In calce al presente documento sono disponibili le ultime statistiche sinistri in possesso, rispettivamente, di CONSOB e AGCM.

Quesito n. 7

D.7- in riferimento all'allegato 1 "Informazioni e dati statistici....." si chiede di precisare se il numero di aderenti indicato per le diverse annualità si riferisce complessivamente a Consob e AGCM o a uno solo di essi. In quest'ultimo caso indicare a quale Ente si riferisce ed il numero di adesioni relative all'Ente mancante.

R.7 L'allegato 1 al disciplinare di gara recante "Informazioni e dati statistici concernenti la coperture assistenziali e i servizi di check-up vigenti, la platea dei potenziali assistiti e i servizi erogati" fa riferimento solo a Consob.

L'allegato 2 al disciplinare di gara recante "Informazioni e dati statistici concernenti la coperture assistenziali e i servizi di check-up vigenti, la platea dei potenziali assistiti e i servizi erogati" si riferisce solo ad AGCM.

Quesito n. 8

D.8- nella statistica sx Consob 2016 e 2017 non risulta una specifica voce relativa alle categorie familiari non fiscalmente a carico dei dipendenti e dei quiescenti. I sx relativi a tali categorie sono da intendersi compresi nelle voci dipendenti e quiescenti? Diversamente si prega di indicare i valori corrispondenti. Altrettanto si chiede di precisare se nelle statistiche sx AGCM sono compresi premi e sx dei familiari non a carico.

R.8 I sinistri relativi alle categorie familiari non fiscalmente a carico dei dipendenti e dei quiescenti sono compresi nelle voci indicate nelle statistiche sinistri Consob 2016 e 2017.

Nelle statistiche sinistri AGCM sono compresi i premi e sinistri relativi ai familiari non fiscalmente a carico dei dipendenti.

Quesito n. 9

D.9- si chiede conferma che il check up risulta essere una garanzia nuova, non presente quindi nella copertura in corso. In caso contrario si chiede di indicare la statistica sx completa suddivisa tra premi incassati, importo sx pagati e importo sx a riserva, relativa alle annualità 2016 e 2017.

R.9 Si conferma.

Quesito n. 10

D.10- con riferimento al requisito di cui al §7.3 del Disciplinare di gara, si chiede conferma che si intenda soddisfatto, senza necessità di ricorrere all'istituto dell'avvalimento, nel caso in cui la Cassa abbia in essere un accordo con una società che le fornisce accesso alla propria rete di strutture sanitarie convenzionate, in considerazione del fatto che il requisito parla di "disponibilità". In caso contrario, vi preghiamo di segnalare se invece la stazione appaltante ritiene debba essere fatto ricorso all'istituto dell'avvalimento.

R.10 Tenuto conto che il quesito formulato non descrive la natura dell' "accordo", la tipologia dello stesso, la durata e l'oggetto, pur non potendosi astrattamente escludere la possibilità di soddisfare il requisito mediante ricorso ad un contratto preesistente e di durata superiore a quella del contratto da aggiudicare, in questa sede si ricorda prudenzialmente la duttilità dell'istituto dell'avvalimento.

Quesito n. 11

D.11 in caso di volontà di partecipazione ad entrambi i lotti, con riferimento al DGUE, alla domanda di partecipazione, ai modelli A3/A4 e A5, si chiede conferma che possano essere compilati una sola volta, indicando in entrambi la partecipazione sia al Lotto 1 che al 2, caricando poi i singoli documenti separatamente se previsto dalla piattaforma.

R.11 Si conferma.

Quesito n.12

D.12- si chiede conferma che per la partecipazione alla procedura telematica sia sufficiente la registrazione al portale, limitandosi alla Registrazione Base fase 1, non dovendo procedere alla Fase 2 Abilitazione.

R.12 Si conferma è sufficiente la Registrazione Base fase 1.

Quesito n. 13

D.13- si chiede se sono previste commissioni di brokeraggio per il broker e, in caso affermativo, l'ammontare percentuale delle stesse.

R.13 Non vi sono commissioni di brokeraggio.



Report : Overview

CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE
ASSOCIATO: CONSOB

UY: 2018
Aggiornamento sinistri al 31/03/2018

N. PROG	POLIZZA	OPZIONE	MESI DI OSSERVAZIONE	DATA DECORRENZA	DATA SCADENZA	PROVV (%)	PREMIO IMPONIBILE	SINISTRI PAGATI	OSR	SINISTRI DENUNCIATI
1	31006674	DIPENDENTI BASE	2	01/02/2018	01/02/2019	0,0%	136.474	4.752	-	4.752
2	31006674	DIPENDENTI PLUS	2	01/02/2018	01/02/2019	0,0%	818.691	181.206	15.838	197.044
3	31006674	QUIESCENTI BASE	2	01/02/2018	01/02/2019	0,0%	8.353	-	-	-
4	31006674	QUIESCENTI PLUS	2	01/02/2018	01/02/2019	0,0%	94.305	12.880	136	13.016
5	31006674	QUIESCENTI GRANDI RISCHI	2	01/02/2018	01/02/2019	0,0%	1.042	-	-	-
TOTALE						0,0%	1.058.865,21	198.839	15.974	214.813



Report : Overview

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

CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE

UY: 2016

Data Rilevazione Sinistri: 30/04/2018

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	26	444.617	610.238	61	681	610.980	137,4%

Report : Analisi sinistri per tipo prestazione

ASSOCIATO: AGCM - AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO
 CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE
 UY: 2016
 Data Rilevazione Sinistri: 30/04/2018

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	425.340,87
EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	DI	169	20.542,51	17.682,31
		IN	337	71.288,97	26.791,03
	TERAPIE ORTOPEDICHE	DI	19	4.628,06	4.501,56
		IN	9	4.695,43	3.105,38
	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	266	35.386,38	15.469,32	
EXTRAOSPEDALIERE Totale			2.198	307.495,91	184.897,07
Totale complessivo			2.680	804.879,94	610.237,94



Report : Overview

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

CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE

UY: 2017

Data Rilevazione Sinistri: 30/04/2018

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	14	449.783	479.782	5.168	24.070	509.019	113,2%

Report : Analisi sinistri per tipo prestazione

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

CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE

UY: 2017

Data Rilevazione Sinistri: 30/04/2018

TIPO PRESTAZIONE	GARANZIA	NETWORK	N. PRESTAZIONI	RICHIESTO	PAGATO
OSPEDALIERE	RICOVERO CON INTERVENTO	DI	287	180.024,77	180.024,77
		IN	71	115.598,69	102.879,06
	RICOVERO SENZA INTERVENTO	DI	16	6.924,72	6.924,72
	PARTO CESAREO	DI	1	7.020,00	6.480,00
	INTERVENTO AMBULATORIALE	DI	63	16.154,47	16.151,76
		IN	23	9.247,60	3.380,39
ALTRO (accompagnatore, trasporto e rimpatrio salma, etc)	IN	1	140,40	140,40	
OSPEDALIERE Totale			462	335.110,65	315.981,10
EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	DI	202	21.966,95	17.040,53
		IN	269	50.758,64	24.650,13
	TERAPIE ORTOPEDICHE	DI	9	3.877,20	3.672,00
		IN	8	2.953,86	2.445,32
	TERAPIE NON ORTOPEDICHE	IN	69	26.160,60	13.769,79
	CURE ONCOLOGICHE	IN	1	324,60	324,60
	CURE DENTARIE	DI	107	19.375,15	11.020,59
		IN	4	7.195,30	1.352,50
	ALTA DIAGNOSTICA	DI	381	57.268,92	48.556,24
		IN	86	16.302,00	9.039,54
	ACCERTAMENTI/PRESTAZIONI MEDICHE	DI	1.291	23.894,79	19.983,03
IN		212	19.701,09	11.946,20	
EXTRAOSPEDALIERE Totale			2.639	249.779,10	163.800,47
Totale complessivo			3.101	584.889,75	479.781,57



Report : Overview

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

CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE

UY: 2018

Data Rilevazione Sinistri: 30/04/2018

POLIZZA	DATA DECORRENZA	DATA SCADENZA	MESI DI OSSERVAZIONE	PREMIO IMPONIBILE	SINISTRI PAGATI	OSR	SINISTRI DENUNCIATI
31006866	01/03/2018	01/03/2019	2	447.675	83.534	3.161	86.695

Report : Analisi sinistri per tipo prestazione

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

CONTRAENTE: CASSA RBMSALUTE

UY: 2018

Data Rilevazione Sinistri: 30/04/2018

TIPO PRESTAZIONE	GARANZIA	NETWORK	N. PRESTAZIONI	RICHIESTO	PAGATO
OSPEDALIERE	RICOVERO CON INTERVENTO	DI	94	52.541,58	52.541,58
	INTERVENTO AMBULATORIALE	DI	41	7.297,66	7.297,66
OSPEDALIERE Totale			135	59.839,24	59.839,24
EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	DI	48	4.898,45	3.495,53
		IN	9	1.270,95	450,15
	TERAPIE ORTOPEDICHE	DI	3	1.188,00	1.026,00
	CURE DENTARIE	DI	30	2.183,22	1.711,69
	ALTA DIAGNOSTICA	DI	91	13.629,58	11.113,18
	ACCERTAMENTI/PRESTAZIONI MEDICHE	DI	383	6.908,85	5.848,80
IN		5	583,69	49,84	
EXTRAOSPEDALIERE Totale			569	30.662,74	23.695,19
Totale complessivo			704	90.501,98	83.534,43