

NOMENCLATORE PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

ISCRITTI E PENSIONATI INARCASSA

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

GLOSSARIO

Accertamento Diagnostico

Prestazione medico strumentale a carattere anche cruento e/o invasivo atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia.

Assistiti

Associati Inarcassa ed eventualmente il coniuge e/o i figli fiscalmente a carico già assistiti con il Piano Sanitari Base collettiva stipulata da Inarcassa.

Assistenza diretta

Prestazioni sanitarie previste dal piano sanitario in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Cassa.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma.

Commissione tecnica

La Commissione tecnica è composta di tre membri designati uno da Inarcassa ed uno dalla Cassa, uno di comune accordo dalle predette.

Cassa

Cassa RBM SALUTE, via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Cartella Clinica

documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Contributo

Somma dovuta dal Contraente alla Cassa a corrispettivo del Piano Sanitario.

Day Hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Franchigia

la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assistito. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assistito l'importo garantito.

Grandi Interventi (polizza base)

Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza (ALLEGATO A)

Gravi Eventi Morbosi (polizza base)

Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza (ALLEGATO B).

Intervento Chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post intervento.

Indennità Sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Cassa in caso di ricovero con pernottamento in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o a esso comunque connesse.

Indennizzo

Somma dovuta dalla Cassa in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

Sono esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

Istituto di cura convenzionato

Le strutture di cura convenzionate con la Cassa alle quali l'Assistito può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

Network

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

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o parti dei suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

Somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'Assistito, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno.

Nucleo familiare

I componenti della famiglia composta da coniuge o convivente more uxorio, figli fiscalmente a carico anche non conviventi.

Personale medico convenzionato

Professionisti convenzionati con la Cassa ai quali l'Assistito può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica.

Ricovero

Degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Rischio

Probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto

la somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assistito.

Sinistro

Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestato il piano sanitario.

Sinistri riservati

Sinistri di competenza dell'esercizio ma non ancora pagati e quindi messi a riserva per l'importo presumibile del risarcimento.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

A. OGGETTO DELLE GARANZIE E MASSIMALE

Il presente Piano Sanitario prevede la copertura per i ricoveri per interventi chirurgici diversi dai “Grandi Interventi Chirurgici” (già coperti dal Piano Sanitario Base) e per i ricoveri senza intervento chirurgico diversi dai Gravi Eventi Morbosi (già coperti dal Piano Sanitario Base).

Il **massimale garantito** per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € **300.000,00** per nucleo familiare e per anno.

Nel caso di estensione del presente Piano Sanitario a favore dei familiari dell'Assistito, l'eventuale presenza di sottolimiti di indennizzo va inteso per nucleo familiare e per anno.

La **garanzia integrativa** è operante per le spese sostenute dall'Assistito in conseguenza di malattia o di infortunio avvenuto durante l'operatività del presente Piano Sanitario per:

- a) ricovero in Istituto di cura;
- b) ricovero in regime di Day-Hospital;
- c) intervento chirurgico;
- d) intervento chirurgico ambulatoriale;
- e) parto e aborto;
- f) trapianti;
- g) prestazioni di alta specializzazione;
- h) prevenzione;
- i) cure per il neonato nei primi tre mesi di vita;
- j) diagnosi comparativa / ricerca medico più competente;
- k) servizi di consulenza;
- l) visite specialistiche (comprese visite omeopatiche) / accertamenti diagnostici / trattamenti fisioterapici da infortunio;
- m) lenti;
- n) prestazioni odontoiatriche;
- o) prestazioni di assistenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assistito può rivolgersi, con le modalità indicate nella “Guida all'Assistito”, a:

- a) **strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa.**
- b) **strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa.**
- c) **strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

B. RICOVERO

B.1 – Ricovero in Istituto di Cura

La Cassa provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La garanzia è operante esclusivamente in forma rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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 ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Cassa, la garanzia è prestata con il limite di € **206,58** al giorno. Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura. L'iscritto o pensionato che ha sottoscritto la polizza integrativa ha diritto alla copertura per l'accompagnatore anche per tutti gli eventi previsti dalla polizza base. Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Cassa, la garanzia è prestata nel limite di € **110,00** al giorno per un massimo di **60** giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € **100,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

g) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

B.2 – Day-hospital

Nel caso di day-hospital, la Cassa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto B.1 “Ricovero in Istituto di cura”.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

B.3 – Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Cassa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura”, lettere a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali e cure”, g) “Post-ricovero”.

B.4 – Parto e aborto

In caso di parto cesareo avvenuto in Istituto di cura, la Cassa liquida le spese per le prestazioni di cui al punto B.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, g) “Post-ricovero”. In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria convenzionata con la Cassa, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto B.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero”, vengono garantite due visite di controllo effettuate nei **120** giorni successivi al parto.

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico effettuati in Istituto di cura non convenzionato con la Cassa, le spese per le prestazioni previste al punto B.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza” e un numero massimo di due visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto, vengono rimborsate con il massimo di € **4.000** per anno e nucleo familiare; nell’ambito di questo massimale non è operante alcuna altra limitazione. Vengono ricomprese nella garanzia le prestazioni di amniocentesi e di prelievo dei villi coriali.

L’amniocentesi e il prelievo dei villi coriali vengono comunque garantiti a fronte di idonea prescrizione medica; la garanzia è operante nelle strutture sanitarie convenzionate con la Cassa senza alcuna franchigia a carico dell’Assistito e con una franchigia di € **200** in quelle non convenzionate. Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, verrà rimborsato integralmente l’importo del ticket sanitario versato dall’Assistito.

B.5 – Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Cassa liquida le spese previste al punto B.1 “Ricovero in Istituto di cura” nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell’organo.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia garantisce le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

B.6 – Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa.

Previo contatto con la Centrale Operativa, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale garantito.

Le prestazioni effettuate in istituti di cura convenzionati o con personale medico convenzionato con la Cassa senza previa attivazione del convenzionamento diretto tramite la Centrale Operativa, sono equiparate alle prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con la Cassa.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa.

Le spese relative alle prestazioni effettuate in strutture non convenzionate vengono rimborsate all'Assistito con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 750 e con un massimo di € 15.000,00 che verrà applicato sull'insieme delle spese sostenute, ad eccezione delle seguenti:

1. punto B.1 “Ricovero in Istituto di cura”:
 - lett. d) Rette di degenza;
 - lett. e) Accompagnatore;
 - lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale;

2. punto B.4 “Parto e Aborto” III° capoverso;

i cui limiti sono indicati nelle singole garanzie.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto B.7 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l'Assistito sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Cassa rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assistito nel limite del massimale garantito; in questo caso non verrà corrisposta l'“Indennità sostitutiva”.

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate:

- ✓ secondo quanto indicato alla lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa”, in caso di ricorso a Personale medico convenzionato con attivazione del servizio tramite la Centrale Operativa;
- ✓ secondo quanto indicato alla lett. b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa”, in caso di ricorso a Personale medico non convenzionato senza l'attivazione del servizio della Centrale Operativa.

B.7 – Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assistito non richieda alcun rimborso alla Cassa, né per il ricovero né per altra prestazione sanitaria ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € **200,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero.

Tale indennità non verrà corrisposta qualora il sinistro sia già stato liquidato nella polizza collettiva stipulata da Inarcassa.

Nel caso di day-hospital l'indennità giornaliera corrisposta è pari a € **200,00**.

C. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Cassa provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cateterismo cardiaco
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolordoppler
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettroscopia
- Endoscopia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia

- Galattografia
- Holter
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- MOC
- Oronografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Villocentesi
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Elettromiografia
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 7.700,00 per singolo o per nucleo familiare e per anno. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie **convenzionate** con la Cassa, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie **non convenzionate** con la Cassa, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% e con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari rimasti a carico dell'Assistito.

D. VISITE SPECIALISTICHE (COMPRESSE VISITE OMEOPATICHE) E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI / TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIEDUCATIVI DA INFORTUNIO E MALATTIA

La Cassa provvede al pagamento delle spese sostenute per:

- a) visite specialistiche e per accertamenti diagnostici, con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici;
- b) visite omeopatiche effettuate da medici il cui titolo deve risultare dalla documentazione fiscale;
- c) visite mediche specialistiche e gli accertamenti diagnostici - compresa l'ammio-centesi - correlati alla gravidanza eseguiti in regime extra-ricovero.

Per l'attivazione della garanzia di cui ai punti a), b e c) è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata;

d) trattamenti fisioterapici e riabilitativi conseguenti a infortunio e malattia nel limite di un sottomassimale di € 500,00 per anno e per nucleo familiare.

Per l'operatività della garanzia di cui al punto d) è necessaria la presentazione di un certificato di Pronto Soccorso attestante l'infortunio occorso od altra documentazione medica comprovante l'evento, la data di accadimento ed il nesso di causalità con le terapie effettuate.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie **convenzionate** con la Cassa, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie **non convenzionate** con la Cassa, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico o trattamento riabilitativo.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 per persona e/o per nucleo familiare.

E. PREVENZIONE

La Cassa garantisce l'effettuazione dei seguenti **accertamenti diagnostici** con finalità di prevenzione una volta l'anno in strutture sanitarie con essa convenzionate previo contatto con la Centrale Operativa:

- **ricerca sangue occulto fecale**
- **pap-test**

- **psa**
- **colesterolo completo**
- **trigliceridi**

L'Assistito, per prestazioni diagnostiche e/o di prevenzione non comprese nel Piano Sanitario, potrà ottenere, contattando preventivamente la Centrale Operativa della Cassa, l'applicazione delle tariffe agevolate previste dalla convenzione con la struttura sanitaria convenzionata.

F. CURE PER IL NEONATO NEI PRIMI TRE MESI DI VITA

La Cassa rimborsa, nell'ambito del massimale ordinario, le spese sanitarie sostenute nei primi tre mesi di vita del neonato rientranti nelle garanzie prestate dal Piano Sanitario.

La garanzia è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nella copertura entro il 90° giorno dalla nascita con pagamento del relativo contributo.

In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale; le prestazioni in forma diretta verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

G. LENTI

La Cassa rimborsa all'Assistito le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di € **200,00** per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del medico oculista attestante la variazione del visus.

La prescrizione deve riportare il nome e cognome dell'Assistito nonché l'indicazione della patologia (ad esempio miopia, astigmatismo, ecc.) che comporta l'uso di lenti correttive.

H. GARANZIA DI PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

H.1 – Prevenzione odontoiatrica

La Cassa garantisce, una volta l'anno e in centri convenzionati, l'effettuazione di un programma di prevenzione dentale consistente in:

- una visita odontoiatrica
- una ablazione del tartaro

H.2 – Interventi chirurgici odontoiatrici

A parziale deroga di quanto previsto al punto O "Esclusioni" punto 11, la Cassa rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma

- odontoma

Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € **2.500,00** per anno e per singolo e/o per nucleo familiare.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

I. DIAGNOSI COMPARATIVA / RICERCA SPECIALISTICA PIU' COMPETENTE

Qualora all'Assistito venga diagnosticata una delle seguenti patologie:

- Morbo di Alzheimer
- AIDS
- Cecità
- Malattie neoplastiche maligne
- Problemi cardiovascolari
- Sordità
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianti degli organi vitali
- Patologie neuromotorie
- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Ictus
- Coma

potrà essere richiesto dall'Assistito un riesame del caso mediante l'invio alla Cassa di tutta la documentazione medica necessaria.

La Cassa provvede, previo esame della documentazione richiesta, attraverso una rete di consulenti medici specializzati nelle patologie sopraindicate a livello mondiale, a ottenere una nuova valutazione medica e a trasmetterla all'Assistito.

Il servizio può essere attivato mediante contatto con la Centrale Operativa della Cassa attraverso i seguenti numeri:

- **800.99.17.75** da telefono fisso (numero verde);
- **0039 0422.17.44.217** per chiamate dall'estero.

Entro 15 giorni dall'invio della documentazione medica necessaria, la Cassa provvederà a inoltrare all'Assistito la diagnosi comparativa contenente i nomi di almeno due degli specialisti consultati e le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata; la Cassa fornisce inoltre la consulenza necessaria per fissare un appuntamento con il medico individuato. Per i clienti che intendano entrare in contatto con medici all'estero, la Cassa mette a disposizione la propria centrale operativa per organizzare la degenza nell'ospedale, la sistemazione alberghiera, il viaggio e garantire eventualmente la presenza di un interprete

L. SERVIZI DI CONSULENZA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di telefonando ai seguenti numeri:

- **800.99.17.75** da telefono fisso (numero verde);
- **0039 0422.17.44.217** per chiamate dall'estero

dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dal presente piano sanitario, nelle strutture sanitarie convenzionate con la Cassa.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Indicazioni sanitarie

A richiesta dell'Assistito, la Centrale Operativa segnala lo specialista o il centro medico più indicati per le specifiche necessità dell'Assistito.

M. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di per tutto l'arco delle 24 ore telefonando ai seguenti numeri:

- **800.99.17.75** da telefono fisso (numero verde);
- **0039 0422.17.44.217** per chiamate dall'estero

a) *Invio di un medico*

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assistito, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assistito nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

b) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

c) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assistito in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assistito e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assistito e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assistito al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica .

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assistito.

All'estero

d) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assistito necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 103,29 per sinistro.

e) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assistito abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irripetibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assistito il costo di acquisto dei medicinali.

f) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assistito si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano

necessario il trasporto dell'Assistito in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengono più idonei in base alle condizioni dell'Assistito tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assistito di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assistito, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

N. CRITERI E TERMINI DI INDENNIZZO

Le prestazioni coperte in garanzia sono gestite, autorizzate e indennizzate come segue.

N.1. Centrale Operativa

L'Assistito o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia).

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti N.2 "Prestazioni in strutture convenzionate con la Cassa" o N.3 "Prestazioni in strutture non convenzionate con la Cassa" o N.4 "Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale".

N.2. Prestazioni in strutture convenzionate con la Cassa

Liquidazione diretta. La Cassa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assistito delega la Cassa a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie del Piano Sanitario.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assistito né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale garantito o non autorizzate.

Qualora l'Assistito utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Cassa senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate al punto N.3 "Prestazioni in strutture non convenzionate con la Cassa" e con i limiti di

scoperto e franchigia previsti all'art. B.6 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa".

Per ottenere la liquidazione l'Assistito dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni il "modulo di dimissioni" per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assistito dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

N.3. Prestazioni in strutture non convenzionate con la Cassa

Liquidazione rimborsuale. Le spese sostenute verranno rimborsate con i limiti di scoperto e franchigia previsti al § B.6 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa".

L'Assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Cassa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assistito viene effettuato, previa consegna alla Cassa della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'assistenza in forma indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assistito relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), applicando il disposto al § B.6 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa" per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale.

N.4. Prestazioni nel servizio sanitario nazionale

Liquidazione rimborsuale. Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale qualora l'Assistito sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Cassa rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assistito o nel limite del massimale garantito. In questo caso non verrà corrisposta l'"Indennità sostitutiva di cui al § B.7".

Il pagamento di quanto spettante all'Assistito viene effettuato, previa consegna alla Cassa della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assistito dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

N.5. Prestazioni in regime misto

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al punto N.3 “Prestazioni in strutture non convenzionate con la Cassa” e con i limiti di scoperto e franchigia previsti al § B.6 “Modalità di erogazione delle prestazioni” lett. b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa”.

N.6. Termini di liquidazione

La Cassa procederà alla liquidazione entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa (medica e di spesa) attinente il sinistro.

N.7. Termine per la domanda di rimborso

Le richieste di rimborso devono essere trasmesse dall'Assistito alla Cassa entro 120 giorni dall'evento.

Per le prestazioni effettuate prima del ricovero il termine di 120 giorni decorre dalla data di dimissione del Ricovero o Day Hospital. Per le prestazioni effettuate dopo il ricovero, o in assenza di ricovero, il termine di 120 giorni decorre dal giorno in cui è effettuata ogni singola prestazione.

O. TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia, limitatamente agli Assistiti che aderiscono per la prima volta al piano integrativo degli Iscritti Inarcassa, decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto del Piano Sanitario per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto del Piano Sanitario per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Piano Sanitario per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 180° giorno successivo a quello del Piano Sanitario per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assistito, ma insorti anteriormente alla sottoscrizione del Piano Sanitario;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del Piano Sanitario per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del VI anno successivo a quello di effetto del Piano Sanitario per le infezioni da HIV.

P. ESCLUSIONI

Il Piano Sanitario non è operante per:

- 1) le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione purchè non si sia registrata alcuna interruzione nella copertura e alla data di riadesione nel caso di interruzione nella stessa;
- 2) le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza della polizza.

- 3) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 5 diottrie oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- 4) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 5) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 6) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- 7) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- 8) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
- 9) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 10) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 11) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie e le cure dentarie;
- 12) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- 13) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- 14) AIDS e patologie correlate all'AIDS.

Q. CONTRIBUTI ED AGEVOLAZIONI

Q.1 Contributo Piano Sanitario Integrativo

Per ogni Assistito (associato, coniuge o figlio): € 1.300,00 (milletrecento/00)

Q.2 Sconto per nuclei familiari

Nel caso di inclusione del nucleo familiare, i contributi di cui al § "Q.1 Contributo Piano Sanitario Integrativo" verranno scontati, in ragione del numero dei componenti il nucleo familiare iscritto, delle seguenti percentuali:

- 15% nel caso di nucleo composto da 2 persone
- 20% nel caso di nucleo composto da 3 persone
- 25% nel caso di nucleo composto da 4 o più persone

Nel caso di variazione nella composizione del nucleo assistito avvenuta in corso d'anno lo sconto suindicato non verrà applicato.

R. ALTRE DISPOSIZIONI

R.1 Soggetti Assistiti

Le garanzie di cui al presente Piano Sanitario sono prestate a favore degli associati Inarcassa (iscritti e pensionati), ed eventualmente del nucleo familiare, purché risulti associato con il Piano Sanitario collettivo stipulato da Inarcassa.

L'estensione a favore del nucleo familiare dell'associato Inarcassa può riguardare il coniuge e/o i figli fiscalmente a carico.

R.2. Inclusione ed esclusione degli Assistiti

A) - Inclusioni/esclusioni relative agli iscritti o pensionati Inarcassa che abbiano aderito entro i termini e dei loro familiari

La richiesta delle coperture per il 2015 dovrà essere **inviata on line** effettuando il **log in** nell' Area Riservata sul sito internet www.inarcassa.rbmsalute.it entro il 28 febbraio 2015 per tutti gli associati la cui iscrizione ad Inarcassa sia avvenuta prima del 31/12/2014, e - per gli iscritti nel 2015 - entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica di iscrizione.

I componenti del nucleo familiare degli associati Inarcassa risultanti dallo stato di famiglia alla data di effetto del Piano Sanitario debbono essere inseriti contestualmente al titolare.

Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l'inserimento in copertura dei suddetti familiari.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla data di effetto del Piano Sanitario è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite. In questo caso il coniuge oppure il neonato potranno essere inseriti in copertura entro 90 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato, previa produzione di adeguata certificazione alla Cassa. Il contributo sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del Piano Sanitario.

La copertura avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione da parte della Cassa sempre che sia stato pagato il relativo contributo e cesserà alle ore 24 del 31 dicembre.

Nel caso in cui venga a cessare la qualifica di associato ad Inarcassa, la garanzia per lo stesso e per i familiari eventualmente assistiti viene mantenuta sino alla prima scadenza della Piano Sanitario.

B) – Inclusioni/esclusioni relative ai neoiscritti e dei loro familiari

Per poter aderire al presente piano sanitario il neoassociato Inarcassa dovrà **inviare la richiesta on-line** effettuando il **log in** nell'Area Riservata raggiungibile dal sito internet www.inarcassa.rbmsalute.it. In tal caso l'adesione deve avvenire entro la fine del mese successivo a quello della notifica di iscrizione.

La copertura avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese successivo a quello d'invio della notifica d'iscrizione, sempre che sia stato pagato il contributo e cesserà alle ore 24 del 31 dicembre (ovvero 00.00 del 01/01). Il contributo sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del contratto.

I figli fiscalmente a carico e il coniuge degli associati Inarcassa, risultanti dallo stato di famiglia alla data di effetto del piano sanitario, debbono essere inseriti in copertura contestualmente al titolare

sempre che sia stata acquistata almeno una delle Garanzie “Grandi Interventi” o “Gravi Eventi Morbosi” previsti nella polizza collettiva stipulata da Inarcassa. Dopo tale data non sarà più possibile effettuare l’inserimento in copertura dei suddetti familiari.

Anche per questi familiari il piano sanitario avrà effetto dalle ore 24 dell’ultimo giorno del mese successivo a quello d’invio della notifica d’iscrizione all’Associato sempre che sia stato pagato il relativo contributo e cesserà alle ore 24 del 31 dicembre.

L’inclusione di familiari in un momento successivo alla data di effetto del Piano Sanitario è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite. In questo caso il coniuge oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 90 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato, previa produzione di adeguata certificazione alla Cassa. Il contributo sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del piano sanitario.

La copertura avrà effetto dalle ore 24 dell’ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione da parte della Cassa sempre che sia stato pagato il relativo Contributo e cesserà alle ore 24 del 31 dicembre (ovvero 00.00 del 01/01).

Nel caso in cui cessi la qualifica di associato ad Inarcassa, la garanzia per lo stesso e per i familiari eventualmente associati alla Cassa viene mantenuta sino alla scadenza del Piano Sanitario.

R.3. Limite di età

Per gli iscritti ed i pensionati Inarcassa non è previsto alcun limite di età.

Anche relativamente ai familiari per i quali l’Iscritto Inarcassa richieda l’estensione di copertura previo pagamento del supplemento di contributo non è previsto alcun limite di età.

R.4. Estensione territoriale

Il Piano Sanitario opera nel Mondo Intero con l’intesa che le liquidazioni delle prestazioni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

R.5. Decorrenza del Piano Sanitario

Il Piano Sanitario ha effetto dalle ore 00.00 del 01.01/2015 se il contributo o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell’avvenuto pagamento.

I Contributi devono essere pagati alla Cassa.

R.6. Anticipo

Nel caso di ricovero per i quali l’istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all’atto dell’ammissione, potrà essere richiesta alla Cassa dall’Assistito o, nel caso di Sua incapacità, da un Suo familiare una somma massima pari al 70% delle somme preventivate dall’Istituto di cura, salvo conguaglio al termine del ricovero.

Detta richiesta dovrà essere corredata da idonea documentazione medica che consenta di valutare l’operatività della garanzia.

R.7. Controversie in materia contrattuale

La risoluzione di controversie sulla copertura delle prestazioni sanitarie è demandata di norma, previa espressa volontà manifestata da entrambe le parti, ad una apposita Commissione tecnica, composta di tre membri. I componenti non possono delegare le proprie funzioni e non sono ammesse sostituzioni temporanee. Le spese relative saranno addebitate in sede di lodo arbitrale.

R.8. Commissione tecnica

La Commissione tecnica, verifica l'andamento del Piano Sanitario ed esamina la risarcibilità o meno delle prestazioni controverse messe all'ordine del giorno, si riunisce, di norma, una volta al mese presso la sede di Inarcassa o in altra sede che di volta in volta possa essere ritenuta più idonea; in mancanza di controversie da esaminare la riunione della Commissione tecnica slitterà al mese successivo.