

GUIDA OPERATIVA PER L'UTILIZZO DELLA COPERTURA E DEI SERVIZI

Il **Fondo V.I.S. Vita In Salute**, si avvale del supporto qualificato di **Blue Assistance**, società di servizi specializzata nell'assistenza sanitaria e nella liquidazione delle pratiche di rimborso per conto terzi.

Questo documento rappresenta una guida operativa per l'utilizzo della copertura sanitaria e l'accesso ai relativi servizi.

NETWORK SANITARIO CONVENZIONATO

Il **Fondo V.I.S.**, attraverso Blue Assistance, offre ai propri Assistiti l'accesso ad un Network Sanitario convenzionato costituito da Ospedali ed Istituti di Cura a Carattere Scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, Studi Odontoiatrici, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, tutti selezionati dal proprio staff specializzato.

In Italia, per rispondere adeguatamente alle esigenze degli Assistiti, la copertura territoriale è a livello nazionale. Si tratta di un Network in continua evoluzione con l'obiettivo di migliorare continuamente la qualità del servizio prestato, introdurre nuove prestazioni e rispondere alle esigenze che scaturiscono dalla localizzazione della Clientela assistita.

All'estero il **Fondo V.I.S.**, attraverso i partners internazionali di Blue Assistance, offre l'accesso ad un Network di Strutture Sanitarie qualificate in tutto il mondo.

L'accesso al Network viene offerto su base "**diretta**" o "**indiretta**" (ovvero a rimborso); è inoltre contemplato il caso "**misto**", ovvero Struttura Sanitaria convenzionata ed Equipe Medica non convenzionata.

1. ACCESSO DIRETTO AL NETWORK

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico (anche in regime di day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale) è possibile utilizzare Strutture Sanitarie e Medici convenzionati ed è quindi possibile richiedere il pagamento diretto delle spese mediche previste dalla copertura.

Per attivare il pagamento diretto l'Assistito, una volta definita la prestazione con il medico curante ed identificata la Struttura Sanitaria convenzionata dove effettuare il ricovero/intervento, **deve contattare la Centrale Operativa di Blue Assistance** ai numeri telefonici di seguito indicati, con un preavviso di almeno **3 giorni lavorativi** prima della data del ricovero/intervento

- a. Accertata la regolarità della prestazione richiesta in funzione della copertura sanitaria prevista, Blue Assistance provvederà ad effettuare la "presa in carico" delle spese nei confronti della Struttura Sanitaria dandone conferma telefonica all'Assistito.
- b. L'Assistito al momento dell'accesso presso la Struttura Sanitaria, dovrà farsi

riconoscere e sottoscrivere il modulo “Richiesta di prestazione”.

- c. Il pagamento diretto verrà effettuato nei confronti della Struttura convenzionata nei limiti previsti dalla copertura, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione medica e di spesa presso la Struttura Sanitaria che verrà successivamente restituita all'Assistito con annotazione dell'avvenuta liquidazione.
- e. Le spese sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento chirurgico, non sono pagate direttamente ma rimborsate all'Assistito al ricevimento della documentazione di spesa, con l'indicazione del ricovero/intervento a cui si riferiscono.
- f. Rimangono a carico dell'Assistito le spese extra non contemplate dalla copertura come ad esempio telefono, TV, ecc ed eventuali scoperti e/o franchigie previsti dalla copertura, che dovrà saldare, direttamente alla Struttura, al momento delle dimissioni.
- g. Qualora la prestazione risultasse non coperta, l'Assistito si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente alla Struttura Sanitaria.
- h. Gli Assistiti riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dal Network convenzionato; pertanto prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali erogate dovranno rivolgersi esclusivamente alle Strutture e ai Medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Resta inteso che qualora l'Assistito utilizzi medici non convenzionati, anche se operanti in Strutture sanitarie convenzionate, deve provvedere in proprio al pagamento di tutte le spese sostenute (comprese quelle relative alla Struttura Sanitaria convenzionata), per poi chiederne il rimborso secondo le modalità indicate al punto “Rimborso Prestazioni”.

Per l'applicazione della condizione di rimborso “miste”, ovvero Struttura Sanitaria convenzionata e equipe medica non convenzionata, occorrerà che l'Assistito abbia comunque provveduto a preavvisare Blue Assistance del ricovero/intervento con le stesse modalità sopra descritte per la presa in carico diretta.

Solo in questo caso BlueAssistance provvederà affinché la Struttura Sanitaria applichi all'Assistito le condizioni economiche previste dal convenzionamento di Blue Assistance, in caso contrario verrà applicata la condizione di rimborso prevista per il “fuori network”.

SERVIZIO BLUEASY

L'assistito può attivare il servizio di pagamento in forma diretta alle seguenti prestazioni:

- Diagnostica e terapie di alta specializzazione
- Diagnostica diversa da alta specializzazione
- Visite specialistiche

direttamente ed unicamente presso la struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance. L'elenco delle strutture e dei medici convenzionati è consultabile nella propria area riservata del sito www.blueassistance.it. Per accedere più velocemente e con sicurezza alle prestazioni è necessario contattare, almeno 3 giorni prima, la struttura sanitaria per prenotare la prestazione comunicando che si vuole attivare il servizio "Diretta Blueasy"; contestualmente occorre fornire alla struttura un numero di cellulare e un indirizzo e-mail. La struttura provvederà ad inoltrare la richiesta di attivazione della diretta a Blue Assistance.

Blue Assistance fornirà una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 24 ore prima della visita o dell'accertamento.

In mancanza dell'attivazione del servizio "Diretta Blueasy" la liquidazione in forma diretta non è operante e dunque avviene nella tradizionale forma a rimborso, previa applicazione di franchigie/scoperti previsti.

2. RIMBORSO PRESTAZIONI

Nel caso in cui l'Assistito sostenga in proprio spese mediche può richiederne successivamente il rimborso.

- a. L'Assistito dovrà quindi compilare, sottoscrivere ed inviare al **Fondo V.I.S.** c/o Blue Assistance – Ufficio Liquidazione Danni – Corso Svizzera, 185 - 10149 Torino - l'apposito Modulo di Richiesta Rimborso (allegato) unitamente alla documentazione di spesa e medica prevista dal contratto.
- b. Blue Assistance provvederà alla liquidazione delle spese indennizzabili per conto del **Fondo V.I.S.** tramite bonifico entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.
- c. Ogni richiesta di rimborso deve essere riferita ad un solo Assistito e ad un solo evento patologico.

3. INFORMAZIONI

Per ottenere in modo semplice ed immediato le informazioni sulla copertura sanitaria è necessario contattare il **Servizio Clienti Fondo V.I.S.** ai seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia numero verde: **800 896 994**;
- dall'estero: **+39 011 74 17 171**.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti dalle ore 8.00 alle ore 18.00 nei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 del sabato, per fornire informazioni su:

- prestazioni previste dalla copertura;
- Strutture Sanitarie e Medici convenzionati;
- modalità di accesso alle Strutture Sanitarie convenzionate per usufruire del pagamento diretto delle spese nei limiti previsti dalla copertura, evitando così l'esborso anticipato di denaro;
- informazioni sullo stato delle richieste di rimborso.

Sempre ai suddetti recapiti, 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, l'Assistito potrà richiedere consigli medici.

Gli Assistiti collegandosi al sito www.blueassistance.it e accedendo all'Area Riservata potranno consultare, oltre all'elenco delle Strutture convenzionate, informazioni legate alla copertura e sullo stato delle richieste di rimborso del proprio nucleo.

Le modalità di accesso all'Area Riservata verranno fornite con apposita comunicazione.

4. TESSERINO IDENTIFICATIVO

All'Assistito viene inoltre fornito un tesserino identificativo per l'accesso su base indiretta al Network di Strutture Sanitarie convenzionate.

Qualora l'Assistito scelga di avvalersi di una Struttura Sanitaria/Studio medico convenzionata/o per effettuare prestazioni sanitarie che non prevedono la presa in carico "diretta" o per prestazioni non previste dal livello di copertura prescelto, può presentarsi al momento dell'accettazione presso la Struttura con il tesserino, per consentire alla Struttura stessa l'identificazione delle tariffe scontate da applicare previste dalla convenzione con Blue Assistance.

Il caso di mancata identificazione dell'Assistito e conseguente applicazione di tariffe piene - non scontate Blue Assistance - , comporta l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti in copertura per il caso di prestazione effettuata "fuori Network" anche qualora la prestazione richiesta potesse essere erogata in regime di presa in carico diretta.

L'intento di questa guida è quello di semplificare la comprensione dei contenuti delle prestazioni offerte dalla copertura, tuttavia tale descrizione mantiene un valore indicativo, per questa ragione si rimanda comunque al normativo del Fondo VIS e in caso di dubbie interpretazioni, fa testo la polizza assicurativa sottoscritta dal Fondo a copertura del rischio delle prestazioni offerte ai propri Assistiti.