



Risposta al 18° quesito

Relativamente alla procedura aperta per l'affidamento dei servizi di assistenza sanitaria integrativa, un utente ha formulato il seguente quesito riguardante il Lotto 1:

“Con riferimento alla documentazione di gara, si chiede di voler fornire un riscontro puntuale ai seguenti quesiti, al fine di consentire una completa interpretazione dei contenuti e una corretta predisposizione dell’offerta.

1) In riferimento all’Articolo 5 punto B.2 si chiede di precisare se il rimborso al Socio è escluso nel caso in cui il Socio richieda, a secondo rischio, l’indennizzo di una prestazione non prevista dal Regolamento in essere.

2) Si chiedono chiarimenti su quanto è previsto all’Articolo 9.3 Day-hospital punto 2: “La garanzia è operante anche per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici” con la limitazione prevista al punto 5 dell’Art 28: “i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio”.

3) In riferimento all’Articolo 9.8 Modalità di erogazione delle prestazioni, si fa distinzione solo per la forma diretta c/o Strutture convenzionate o indiretta c/o Strutture non convenzionate. Nel caso invece di prestazioni in forma indiretta c/o Strutture convenzionate si applicano i limiti e gli scoperti previsti per la forma diretta o indiretta?

4) In riferimento all’Articolo 14 Cure oncologiche e dialisi, si chiede di precisare fino a quanti anni dalla malattia si possono accettare i follow-up.

5) In riferimento all’Articolo 15 Prestazioni odontoiatriche particolari - Punto 1, si chiede di precisare meglio cosa si intende per: prestazioni odontoiatriche particolari, fruibile una volta l’anno, al fine di monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, quando, in particolare, l’Assicurato dichiara casi di familiarità.”.



6) *In riferimento Articolo 38 Anticipi, si chiede di specificare se la richiesta di anticipo può essere avanzata solo per esigenze del Titolare o anche per un Suo familiare.*

7) *In riferimento alle tempistiche di pagamento si chiede di confermare quanto previsto all'Art. 5 Punto B.1 (Rimborso indiretto entro 45gg lavorativi) in quanto il dato risulta incongruente rispetto a quanto indicato nell'Art. 42 Criteri di liquidazione per le richieste indirette.”.*

In riscontro al suddetto quesito si precisa quanto segue.

1. L'articolo 5, punto B.2, del Capitolato attiene solo ai casi l'Assistito abbia ottenuto, da altro ente (ad es. una Compagnia assicurativa per un infortunio dovuto ad un caso di incidente stradale) un parziale rimborso per le spese sanitarie per le stesse prestazioni previste dalla presente copertura.
2. Nel caso di day-hospital l'articolo 9.3, comma 2, del Capitolato stabilisce espressamente che “La garanzia è operante anche per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici”, mentre le esclusioni menzionate nell'articolo 28.2, n. 5) riguardano i ricoveri diversi dal day-hospital, ossia i ricoveri tradizionali con pernottamento.
3. Quando nelle strutture convenzionate vengono effettuate prestazioni previste nel Capitolato, esse sono tenute ad applicare la modalità diretta di erogazione delle prestazioni.
4. Nell'articolo 14 non sono previsti limiti temporali al *follow-up*.
5. In deroga all'art. 28, co. 2, n. 3) che esclude dalla copertura “*le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici*”, l'art. 15 del Capitolato ammette in garanzia per una sola volta l'anno, “*prestazioni odontoiatriche particolari*” incluse quelle sopra menzionate “*al fine di monitorare*” l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora



conclamati, quando, “in particolare”, l’Assicurato dichiara “casi di familiarità”.

6. La richiesta di cui all’articolo 38 del Capitolo riguarda il ricovero di un Assicurato, tanto nel caso in cui egli sia un iscritto al Fondo quanto il caso in cui il ricoverando o ricoverato sia un familiare (coniuge o soggetto ad esso equiparato, ovvero figlio fiscalmente a carico) che abbia aderito alla copertura.
7. Venendo alla 7^a domanda si specifica quanto segue. Poiché in alcuni casi di indennizzi indiretti o rimborsuali sono state segnalate alcune discrepanze temporali tra il momento in cui una richiesta risultava *liquidata* sulla piattaforma *web* o portale, e il momento in cui effettivamente la somma liquidata è stata accreditata sul conto corrente dell’Assicurato che aveva anticipato le spese, si è voluto chiarire:
 - con l’articolo 42 che il termine per la liquidazione risultante dal portale *web* sul è di 30 giorni dalla richiesta;
 - e con l’articolo 5, lett. B), n. 1) che il termine entro il quale l’effettivo accredito della somma liquidata perviene in accredito sul conto corrente dell’interessato è di 45 giorni dalla richiesta medesima.

Il termine finale per considerare tempestivo l’adempimento è, dunque, l’effettivo accredito dell’indennizzo entro il 45° giorno.

Palermo, 12 dicembre 2025

Il Responsabile Unico del Progetto
(Dott. Rosario Micciché)