

CONVENZIONE PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI A PAGAMENTO IN REGIME DI

LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA (ALPI) EROGATE DALLA AZIENDA USL DI MODENA IN

FAVORE DEGLI ASSISTITI DELLA SOCIETÀ BLUE ASSISTANCE S.P.A.

Con la presente Convenzione (di seguito la “Convenzione”) redatta in un unico esemplare informatico a tutti gli effetti di legge:

TRA

L’Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, con sede legale in Modena, Via San Giovanni del Cantone n. 23 C.F./Partita Iva 02241850367, rappresentata dalla dott.ssa Romana Bacchi, su delega del Direttore Generale, autorizzata alla stipulazione del presente atto con giusta delibera del Direttore Generale dell’AUSL di Modena, di seguito anche solo la “AZIENDA”

E

La Società Blue Assistance S.p.A., con sede legale in Torino, Via Santa Maria n. 11, C.F. 06471170016/Partita Iva 11998320011, rappresentata dal Dott. Sergio Bortolami, in veste di Direttore Generale, e dal Dott. Vincenzo Galletta, Direttore Network Salute, in seguito anche solo la “SOCIETÀ”, cumulativamente, le “Parti”

PREMESSO CHE

- l’AZIENDA, fermo restando il prioritario ruolo di struttura della rete del SSR, ha interesse a sviluppare attività in regime ALPI perché previste anche dal CCNL della propria dirigenza;
- la SOCIETÀ ha interesse ad ampliare la rete di strutture sanitarie fruibili in convenzione diretta ed indiretta da parte dei propri iscritti, garantendo agli stessi elevati standard qualitativi sia in termini tecnico professionali che in termini organizzativi;
- l’AZIENDA, dispone degli standard richiesti e la società intende avvalersi delle sue

prestazioni ed attività, il tutto nei termini, divisati fra le Parti, che seguono:

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 - OGGETTO

Sono oggetto della presente convenzione prestazioni sanitarie erogate a pagamento da parte dell'AZIENDA, in favore degli iscritti/assistiti della SOCIETÀ. Le prestazioni oggetto di convenzionamento sono meglio specificate nell'Allegato 1, parte integrante della presente Convenzione.

ART. 2 - BENEFICIARI

Per "beneficiari" devono intendersi le seguenti categorie di assicurati/assistiti della SOCIETÀ, con le limitazioni stabilite nei contratti o polizze di assicurazione da essi sottoscritti con la SOCIETÀ':

(i) "assistiti in forma diretta" - vale a dire coloro che utilizzano la "rete" di strutture convenzionate con la SOCIETÀ, la quale ultima provvede per loro conto al pagamento in tutto o in parte delle prestazioni erogate in loro favore secondo le tariffe indicate nell'Allegato 1;

(ii) "assistiti in forma indiretta" - coloro cui è consentito l'accesso alla "rete" di strutture convenzionate, con pagamento da parte degli assistiti delle prestazioni usufruite, alle tariffe di cui alla presente Convenzione, indicate nell'Allegato 1.

ART. 3 - IMPEGNI DELL'AZIENDA

L'AZIENDA si impegna a:

3.1 Garantire l'erogazione di prestazioni applicando le tariffe indicate nell'Allegato 1;

3.2 Garantire la massima collaborazione nello svolgimento di tutte le pratiche amministrative ed il rispetto delle procedure operative concordate indicate nell'Allegato 2;

3.3. Mantenere costantemente aggiornato l'elenco dei propri medici che hanno aderito alla convenzione, reso disponibile ai beneficiari in forma concordata tra le parti;

3.4. Garantire la non applicazione di depositi cauzionali e/o pagamenti a carico dei pazienti per i quali sia pervenuta, anticipatamente all'erogazione della prestazione, dichiarazione di presa in carico degli oneri a cura della SOCIETÀ, con la sola eccezione di scoperti e/o franchigie eventualmente applicabili.

ART. 4 - IMPEGNI DELLA SOCIETÀ

La SOCIETÀ si impegna a:

4.1. Garantire, per gli assistiti in forma diretta, l'invio del documento (cd. documento di impegno al pagamento diretto / presa in carico) attestante la copertura degli oneri relativi alla prestazione richiesta e l'eventuale presenza di franchigie e/o scoperti a carico dell'interessato (cd. oneri), con un anticipo di almeno 2 giorni lavorativi rispetto all'erogazione della prestazione;

4.2. Garantire, per gli assistiti in forma diretta, laddove la gestione della documentazione attestante la copertura degli oneri relativi alla prestazione richiesta avvenga attraverso piattaforma informatizzata, la piena funzionalità del sistema stesso e la possibilità di verifica in tempo reale;

4.3. Garantire, per gli assistiti in forma indiretta ove previsti dalla SOCIETÀ, l'invio di apposita comunicazione che certifichi l'esistenza della copertura indiretta ovvero garantire risposta ad eventuali riscontri richiesti dall'AZIENDA entro e non oltre 1 giorno lavorativo dalla richiesta;

In caso di mancato riscontro l'AZIENDA applicherà le tariffe ordinarie normalmente in essere per i paganti in proprio;

4.4. Garantire il pagamento di quanto dovuto entro sessanta (60) giorni dal ricevimento della relativa fattura;

4.5. Definire con apposito atto scritto, per ciascuna tipologia di prestazione, l'elenco dettagliato della documentazione amministrativa e sanitaria che dovrà essere trasmessa a

cura dell'AZIENDA ai fini dell'espletamento delle pratiche e di cui comunque la SOCIETÀ si assume la piena ed unica responsabilità della gestione, come meglio previsto al successivo Art. 6. L'elenco dovrà prevedere la sola documentazione indispensabile all'espletamento della pratica sia al fine di limitare la trasmissione di dati personali e sensibili sia al fine di semplificare le procedure di raccolta e trasmissione;

4.6. Predisporre gli strumenti organizzativi al fine del recepimento di quanto previsto dal Decreto Legislativo del 7 marzo 2005 n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale" e, in particolare, quanto previsto dagli artt. 6, 15, 23, 24, 25, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 e, comunque, di ogni altra norma e/o regolamento applicabile alla Convenzione anche successivamente alla sua sottoscrizione.

La SOCIETÀ non può essere ritenuta responsabile, in alcun modo, dei danni provocati alle strutture dell'AZIENDA, dai beneficiari e dai loro eventuali accompagnatori i quali risponderanno a titolo personale.

ART. 5 - DOCUMENTO DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DIRETTO / PRESA IN CARICO

La SOCIETÀ si impegna a specificare in ogni documento di impegno al pagamento diretto degli oneri/presa in carico di cui al precedente Art 4.1, sia esso trasmesso a mezzo fax, e-mail o tramite portali anche informatici istituiti e gestiti dalla stessa SOCIETÀ, quanto segue:

- prestazione/i autorizzata/e;
- franchigie, eccedenze e/o scoperti che permangono a carico del beneficiario;
- data prevista di erogazione della/e prestazione/i;
- importo della/e prestazione/i secondo quanto convenuto;
- solo nel caso di prestazioni di ricovero: la durata autorizzata;
- ogni altra informazione utile alla AZIENDA per lo svolgimento della pratica.

Sarà cura della sola SOCIETÀ fornire preventiva informazione al beneficiario in merito alla sussistenza di franchigie, eccedenze e/o scoperti che permarranno a suo carico.

ART. 6 - GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le parti concordano che l'onere della prestazione resterà interamente a carico del beneficiario qualora si verifichi anche solo una delle seguenti condizioni:

- Mancata sottoscrizione di uno o più dei predetti documenti;
- Mancata consegna di documentazione sanitaria in possesso dell'interessato (es. richiesta medica) ed indispensabile ai fini dell'espletamento della pratica;
- Diniego ad invio in tutto o in parte della documentazione richiesta dalla SOCIETA' ai fini della liquidazione.

In ogni caso le parti danno atto che la trasmissione di documentazione sanitaria da parte della AZIENDA alla SOCIETA' potrà avvenire soltanto nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di tutela della privacy e del regolamento dell'AZIENDA.

La SOCIETÀ è comunque l'unica ed esclusiva responsabile della gestione, conservazione e protezione di tutta la documentazione che l'AZIENDA, ai fini della presente Convenzione, provvederà a trasmettere. Peraltro, resta inteso fra le Parti che nessuna responsabilità, anche solo indiretta, potrà essere addebitata all'AZIENDA per eventuale smarrimento, furto, danneggiamento e/o violazione dei dati personali e sensibili una volta che la stessa documentazione sarà stata inviata e/o affidata al servizio postale e/o al portale predisposto dalla SOCIETÀ. L'AZIENDA si impegna comunque a conservare la documentazione sanitaria ed amministrativa relativa alle prestazioni fornite ai beneficiari nei termini previsti dalla legge. Ai fini della presente convenzione, le definizioni "dati personali", "titolare" o "titolare del trattamento", "responsabile" o "responsabile del trattamento" nonché "trattamento", hanno il significato indicato nel Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "Regolamento"). Le Parti si impegnano reciprocamente a osservare tutti gli obblighi e gli adempimenti prescritti dal Regolamento e, più in generale, dalla vigente normativa nazionale ed europea in materia di

protezione dei dati personali. Le Parti, in qualità di titolari autonomi, tratteranno i dati di cui vengano a conoscenza nell'ambito dello svolgimento della presente convenzione, ivi compresi i dati dei comuni clienti / pazienti, unicamente per le finalità previste dalla stessa e nel rispetto della vigente normativa nazionale ed europea in materia di protezione dei dati personali. La Struttura Sanitaria autorizza la pubblicazione dei suoi dati (denominazione, indirizzo, numero telefonico, sito internet), negli elenchi o guide ai centri sanitari convenzionati, destinati agli Assicurati, eventualmente pubblicati dalla Società o dalle compagnie clienti, anche sui rispettivi siti internet.

ART. 7 - SPECIFICHE RELATIVE A PORTALI DI INTERFACCIA / APPLICATIVI INFORMATICI

Su richiesta della SOCIETÀ, l'AZIENDA accetta, per la gestione di quanto alla presente convenzione, l'utilizzo del portale/sistema informativo denominato Blueasy (di seguito, il "Sistema Informativo"). Pertanto, la SOCIETÀ concede all'AZIENDA la licenza d'uso non esclusiva e per i soli fini inerenti la presente Convenzione del Sistema Informativo, La SOCIETÀ ne mantiene la proprietà intellettuale. Tale concessione avviene senza alcun a carico dell'AZIENDA. L'AZIENDA è responsabile della corretta tenuta e della protezione delle credenziali di accesso al sistema riservandone l'utilizzo ai soli soggetti autorizzati. La SOCIETÀ è direttamente ed unicamente responsabile:

- del corretto funzionamento del sistema, degli aggiornamenti, delle modifiche e del ripristino in caso di mal funzionamento;
- della gestione, conservazione, tutela e protezione di tutti i dati inseriti nel sistema.

Pertanto, la SOCIETÀ resta unica ed esclusiva responsabile della protezione da violazione, diffusione, alterazione, danneggiamento e smarrimento dei dati contenuti nel sistema informativo. La SOCIETÀ si obbliga fin da ora a mantenere indenne e manlevata la AZIENDA da qualsivoglia addebito e/o azione di risarcimento danni, proveniente anche dal beneficiario e comunque in generale da terzi, fatto salvo il caso di dolo nella gestione delle

credenziali di accesso affidate all'AZIENDA.

ART. 8 - GESTIONE ORGANIZZATIVA DEGLI ACCESSI

La procedura amministrativa per l'erogazione delle prestazioni a pagamento è la seguente:

(i) è a carico del beneficiario l'onere di provvedere a contattare direttamente la propria

Assicurazione per l'attivazione della presa in carico fatto salvo il caso in cui ciò non avvenga a mezzo di piattaforma informatizzata con possibilità di apertura della posizione direttamente a cura dell'AZIENDA;

(ii) la SOCIETÀ invierà all'AZIENDA, tramite fax, e-mail o a mezzo dell'apposito gestionale, almeno due giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione, la documentazione attestante la copertura degli oneri, di cui al precedente Art. 4.1.;

(iii) la SOCIETÀ farà contestualmente pervenire alla AZIENDA, la documentazione completa di cui all'Art.6 che precede;

(iv) nel caso di assistiti "in forma diretta", all'assicurato non verranno richiesti depositi cauzionali e versamenti in acconto, salvo eventuali oneri di cui al precedente Art. 4.1;

(v) nel caso, invece, di assistiti "in forma indiretta", ove tale eventualità sia prevista dalla SOCIETA', al beneficiario verrà richiesto, se previsto dalle procedure aziendali, il pagamento dell'acconto secondo il regolamento aziendale;

(vi) per tutto quanto non espressamente previsto ai punti precedenti, verranno osservate le modalità organizzative e procedurali adottate dall'AZIENDA per l'erogazione di prestazioni in regime ALPI, ivi compresa la modulistica in uso all'interno dell'AZIENDA medesima.

ART. 9 - MODIFICA E/O INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI AUTORIZZATE

Qualora, a giudizio dei professionisti dell'AZIENDA e/o per qualunque altra causa, si rendessero necessarie modifiche e/o integrazioni alle prestazioni autorizzate, l'AZIENDA procede nell'erogazione informando il beneficiario della possibilità di addebito diretto in caso di mancata presa in carico a cura della SOCIETA'.

L'AZIENDA provvede quindi ad inoltrare alla SOCIETA' la richiesta di rettifica della presa in carico con integrazione / modifica delle prestazioni. Solo ove possibile e ove ciò non determini disservizio all'utente la richiesta viene inoltrata anticipatamente l'erogazione della prestazione. La SOCIETA' invierà rettifica e/o integrazione della presa in carico entro e non oltre due giorni lavorativi dalla richiesta. In caso di mancata autorizzazione, l'AZIENDA procede ad addebito delle prestazioni aggiuntive / non autorizzate direttamente a carico del beneficiario.

ART. 10 - FATTURAZIONE E PAGAMENTO DEI COMPENSI

Al termine della prestazione ambulatoriale o di ricovero, entro 60 gg (sessanta) dall'erogazione della prestazione o dalla dimissione dal ricovero, l'AZIENDA procederà all'emissione della fattura e all'incasso delle somme relative a prestazioni non prese in carico dalla SOCIETÀ o per spese voluttuarie non coperte. L'AZIENDA sia in caso di ricoveri che in caso di prestazioni ambulatoriali emetterà unica fattura intestata al beneficiario comprensiva delle quote a carico della SOCIETÀ e delle eventuali franchigie / eccedenze / scoperti. La fattura in originale verrà trasmessa alla SOCIETÀ o consegnata al beneficiario in conformità alle procedure operative previste dalla SOCIETA' stessa.

ART. 11 - PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

a) per gli assicurati in forma diretta:

La SOCIETÀ salderà le fatture emesse dall'AZIENDA a mezzo bonifico bancario (sul conto corrente bancario comunicato dall'AZIENDA) o utilizzando altri canali di pagamento PAGOPA, entro 60 (sessanta) giorni dalla ricezione della fattura e della documentazione sanitaria completa, di cui al precedente Art. 4.5. In caso di utilizzo del bonifico bancario, nella causale, dovrà essere indicato il numero di fattura e i dati necessari all'identificazione del paziente; resta inteso che l'Azienda comunicherà tempo per tempo ogni eventuale modifica dei riferimenti contabili.

b) per gli assicurati in forma indiretta:

Il beneficiario effettuerà il pagamento delle prestazioni fruitive in forma indiretta mediante PAGOPA.

ART. 12 - QUALITÀ DEL SERVIZIO ASSICURATIVO

L'AZIENDA si impegna a collaborare con la SOCIETA' nella realizzazione di "programmi sulla qualità del servizio assicurativo fornito", concordando con quest'ultima:

a) sollecite verifiche e soluzioni ad eventuali reclami dei clienti o a disservizi dei quali la SOCIETA' sia venuta a conoscenza anche attraverso periodici sondaggi sulla soddisfazione degli stessi;

b) incontri con i medici dell'AZIENDA, se necessari, anche al fine di tenere informata la famiglia del cliente sulle condizioni dello stesso, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza.

Si conviene che la SOCIETA' possa fornire ai propri clienti tutte le informazioni necessarie all'utilizzo dei servizi offerti da l'AZIENDA.

Questa, pertanto, è tenuta ad aggiornare tempestivamente la SOCIETA' in merito ad eventuali modifiche del recapito e delle condizioni di utilizzo delle prestazioni e dei servizi oggetto del presente contratto, con indicazione della data di operatività delle variazioni in oggetto.

ART. 13 - DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto decorre dal 01/07/2026 al 31/12/2027, con facoltà di recesso anticipato da parte di ciascuna delle parti mediante comunicazione da trasmettere all'altra parte con PEC, con preavviso di almeno 30 giorni. In caso di recesso anticipato e/o di mancato rinnovo le parti si impegnano a:

(i) AZIENDA: erogare secondo i termini di cui alla presente convenzione eventuali prestazioni per cui siano pervenute prese in carico;

(ii) SOCIETÀ: pagamento di quanto relativo a tutte le prestazioni erogate.

Qualora le Parti richiedano il rinnovo del presente contratto, potranno farne richiesta espressa almeno 30 giorni prima della scadenza. Il contenuto del presente contratto si intenderà automaticamente adeguato alle eventuali disposizioni normative e/o contrattuali in materia o a revisioni sulle tariffe disposte con provvedimenti nazionali o regionali.

ART. 14 - INADEMPIENZE CONTRATTUALI

Eventuali contestazioni relative ad inadempienze contrattuali devono essere effettuate in forma scritta, tramite raccomandata con avviso di ricevimento. La parte inadempiente è tenuta, pena risoluzione del contratto ed eventuale risarcimento dei danni, a ripristinare la regolarità della situazione denunciata e/o riassumere il comportamento contrattuale corretto entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della contestazione scritta. Per tutto quanto non esplicitamente previsto dal presente articolo in materia di risoluzione e di inadempimento, si fa espresso rinvio alle norme contenute nel Codice Civile. Nel caso di risoluzione del presente contratto, l'AZIENDA si impegna a non chiedere compensi di sorta agli assicurati in forma diretta per le prestazioni fornite, previste in polizza ed autorizzate dalla SOCIETÀ salvo il caso in cui la SOCIETÀ non proceda al pagamento delle stesse entro il termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura. In tale ultima ipotesi, l'AZIENDA potrà richiedere direttamente ai beneficiari il compenso per le prestazioni fornite.

ART. 15 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia è competente il Foro dove è sita la sede legale dell'AZIENDA.

ART. 16 - APPLICAZIONE E MODIFICHE

Le parti contraenti regoleranno attraverso i propri rispettivi uffici competenti eventuali questioni di dettaglio per la migliore applicazione del presente contratto. Resta inteso che qualunque revisione del contenuto del contratto dovrà essere concordata tra la SOCIETÀ' e l'AZIENDA. Ogni modifica, integrazione o aggiornamento delle tariffe e delle prestazioni o

delle procedure, dovranno essere concordati per iscritto tra le parti, anche mediante semplice scambio di corrispondenza.

ART. 17 - SPESE CONTRATTUALI

La presente convenzione viene sottoscritta con firma digitale giusta la previsione di cui all'art. 15, comma 2-bis, della Legge n.241/1990 e ss.mm.ii. L'imposta di bollo sull'originale informatico, dovuta in base all'art. 2 della Tariffa Parte Prima del DPR n. 642/1972 è assolta in modo virtuale – vedasi Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Direzione Provinciale di Modena – Ufficio Territoriale di Modena protocollo 6132 del 16/01/2025. Le spese di bollo sono a carico della controparte. La presente convenzione è soggetta a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n.131/1986 Tariffa - parte II: le spese di registrazione sono a carico esclusivo della parte che la richiede.

ART. 18 - RCT

L'AZIENDA aderisce ai sensi della L.R. n. 13/2012 e della Deliberazione di Giunta regionale n. 1889 del 24.11.2015 al Programma regionale di gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile delle Aziende Sanitarie rispondendo ai sensi di legge, di danni involontariamente procurati a terzi a seguito di prestazioni professionali sanitarie erogate ad Assistiti. Pertanto, qualora dovessero pervenire dagli Assistiti reclami o richieste di risarcimenti alla SOCIETA' in conseguenza di presunti danni derivanti da prestazioni erogate dall'AZIENDA quest'ultima, ricorrendone i presupposti, ne risponderà nei modi previsti dalla legge, e sempre ricorrendone i presupposti, l'AZIENDA si impegna altresì a mantenere indenne la SOCIETA' da eventuali conseguenze anche indirette del proprio operato. L'AZIENDA non risponde per eventuali danni o controversie insorgenti tra l'assicurato e la SOCIETA' per fatti derivanti dal rapporto contrattuale tra assicurato e la SOCIETA'. Altresì l'AZIENDA non risponderà per il mancato funzionamento della piattaforma di accesso informatico della SOCIETA'. Resta inteso che la SOCIETA' non potrà mai essere ritenuta

responsabile nei confronti degli Assistiti per un eventuale danno conseguente a negligenza o colpa professionale dell'AZIENDA nell'erogazione di una qualsiasi prestazione in Contratto.

ART. 19 - ALLEGATI

Allegato 1 Prestazioni e relative tariffe

Allegato 2 Procedure operative

Allegato 3 Pacchetti ricovero

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Romana Bacchi

Per la Società Blue Assistance S.p.A.

Il Direttore Generale

Il Direttore Network Salute

Dott. Sergio Bortolami

Dott. Vincenzo Galletta

Per specifica approvazione delle clausole di cui gli artt. 9, 10, 11, 12 e 13, ai sensi dell'art. 1341, comma 2, del codice civile.

Allegato 1 Prestazioni e relative tariffe

1. Regime di ricovero:

- Per le prestazioni in regime di ricovero si applicano le tariffe a pacchetto e le regole di ingaggio di cui al prospetto reperibile alla pagina internet:

<https://www.ausl.mo.it/servizi-e-prestazioni/libera-professione/convenzioni/>

Sezione "Convenzioni con assicurazioni e fondi integrativi"

- La tariffa giornaliera di degenza per ricovero notturno in camera singola con letto accompagnatore o in regime di day surgery/day hospital non è compresa nel pacchetto ed è pari a € 100,00+Iva 10%;

- La quota D.R.G. a carico del paziente è pari al 50% del totale;

- Eventuali costi non compresi nel D.R.G. sono considerati al costo;

- Non sono effettuabili ricoveri a pagamento in Area Critica o per emergenza/urgenza;

- Eccezionalmente, potrà essere disponibile la stanza ad uso esclusivo; in tal caso, verrà applicato il relativo costo;

- In corso d'anno le tariffe per degenza non possono essere modificate.

2. Regime ambulatoriale:

- La tariffa della visita specialistica è di € 90,00 + spese di bollo.

· Per l'attività di diagnostica strumentale si considera il tariffario convenzioni assicurative dell'Azienda USL di Modena reperibile al seguente link:

<https://www.ausl.mo.it/servizi-e-prestazioni/libera-professione/convenzioni/>

Sezione "Convenzioni con assicurazioni e fondi integrativi", nel limite massimo fissato dal Nomenclatore tariffario Blue Assistance 2017;

- L'attività di laboratorio non è convenzionata;

- I pacchetti di prevenzione non sono convenzionati.

3. Specifiche relative ai ricoveri presso le Unità Operative di Medicina Riabilitativa:

I pazienti che accedono alle Unità Operative di Medicina Riabilitativa, anche di tipo post chirurgico, presentano importanti problematiche cliniche con forti limitazioni fisiche e necessitano pertanto di trattamenti intensivi personalizzati, non erogabili in forma ambulatoriale. I trattamenti effettuati presso le suddette Unità in regime di ricovero sono molto diversi rispetto a quanto viene normalmente effettuato negli ambulatori fisioterapici, presentando un elevato contenuto tecnico, necessità di trattamenti intensivi ed un rapporto 1/1 fisioterapista/paziente (la stessa Regione Emilia Romagna prevede una specifica tariffa per tale tipologia di ricoveri). Pertanto, per i casi sopradescritti, si considerano le seguenti modifiche tariffarie:

CODICE	TARIFFA BASE BLUE ASSISTANCE	RICHIESTA	TOTALE TARIFFA
		AUMENTO AUSL DI MODENA	RICONOSCIUTA DA BLUE
3008 Rieducazione neuromot./seduta	€13,00	€ 22,00 per seduta di 30 min.	€ 35,00
3042 Rieducazione motoria/seduta	€ 8,00	€ 32,00 per seduta di 30 min.	€40,00

Resteranno invece invariate le tariffe previste per la degenza e per l'assistenza medica in regime di ricovero.

Allegato 2 Procedure operative

1. E' a carico del paziente l'onere di provvedere a contattare direttamente Blue Assistance S.p.A. per richiedere la presa in carico delle prestazioni;
2. La Società invia all'Azienda USL di Modena, secondo le modalità concordate tra le parti, la presa in carico della prestazione ambulatoriale o di ricovero; nella presa in carico dovrà essere specificato l'elenco delle prestazioni, eventuali note relative a esclusioni, limitazioni o avvertenze, eventuali franchigie o limiti di indennizzo a carico del paziente;
3. L'Azienda si impegna a far sottoscrivere all'assistito al momento dell'esecuzione della prestazione o comunque prima della dimissione (in caso di ricovero), il documento di presa in carico, a conferma ed accettazione dei termini e degli eventuali obblighi di natura economica previsti dalla polizza;
4. Qualora, nel corso dell'esecuzione di una prestazione ambulatoriale o di ricovero, si

rendano necessarie prestazioni aggiuntive o diverse da quelle previste dalla presa in carico (anche in caso di prolungamento della degenza), l'Azienda dovrà darne comunicazione alla Società e richiedere la rettifica dell'autorizzazione; in caso di mancata accettazione della richiesta di rettifica, l'Azienda richiederà all'assicurato il pagamento delle prestazioni effettivamente erogate;

5. In seguito a complicazioni insorte durante il ricovero, può rendersi necessario modificare il regime di esecuzione delle prestazioni da libera professione a servizio sanitario nazionale;

6. In caso di interventi chirurgici concomitanti sul medesimo paziente, la tariffa relativa all'intervento principale verrà addebitata nella misura del 100% alla Società mentre la tariffa relativa all'intervento secondario verrà addebitata nella misura del 50%, a esclusione dell'eventuale quota DRG (in quanto considerata unicamente la quota del DRG dell'intervento principale). Resta fermo l'obbligo della Società di corrispondere le somme relative alle voci per protesi, impianti e altri device eventualmente utilizzati per gli interventi fatturati al costo.

7. Elenco strutture convenzionate:

Ospedale Ramazzini di Carpi – via G. Molinari n. 2 – 41012 Carpi (MO);

Ospedale Santa Maria Bianca di Mirandola – via Fogazzaro n. 6 – 41037 Mirandola (MO);

Ospedale di Vignola – via SS. Giovanni Paolo II – 41058 Vignola (MO);

Ospedale di Pavullo - via Suore di San G. Benedetto Cottolengo n. 5 - 41026 Pavullo nel Frignano (MO);

Ospedale Civile Sant'Agostino/Estense via P. Giardini, 1355 – 41126 Modena (solo per i professionisti dipendenti AUSL Modena);

Casa della Comunità Regina Margherita - piazzale Grazia Deledda - 41013 – Castelfranco Emilia (MO);

Casa della Comunità di Finale Emilia – p.zza A. Gramsci n. 5/6 – 41034 Finale n/Emilia (MO);

Poliambulatorio di Formigine – via G. Mazzini n. 15 – 41043 Formigine (MO);

Poliambulatorio di Sassuolo – via F.lli Cairoli n. 19 e via F. Ruini n. 2 – 41049 Sassuolo (MO)

Poliambulatorio – largo del Pozzo, 71/B - 41124 – Modena;

Casa della Comunità G. P. Vecchi – via Rita Levi Montalcini n. 200 – 41122 Modena

Centro Screening Mammografico presso Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena -

Largo del Pozzo, 71 – 41124 Modena

8. Elenco professionisti convenzionati:

<http://www.ausl.mo.it/liberaprofessione>

Imposta di bollo assolta in modo virtuale – Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Direzione

Provinciale di Modena – Ufficio Territoriale di Modena protocollo 6132 del 16/01/2025.

€80.00