

**CONVENZIONE PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI EROGATE
DALL' AZIENDA USL DI MODENA A FAVORE DI ASSICURATI / ASSISTITI
DELLA SOCIETA' UNISALUTE S.P.A. IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE CON
PAGAMENTO DIRETTO DA PARTE DELLA SOCIETA' / INDIRETTO DA PARTE
DEGLI ASSICURATI / ASSISTITI**

Con la presente Convenzione redatta in duplice copia 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 "FORNITORE" o "L'AZIENDA";

E

La Società **UNISALUTE S.p.A.**, con sede legale in Bologna, via Larga 8, Codice Fiscale 03843680376 e Partita Iva 03740811207, indirizzo PEC contratti@pec.unisalute.it, in persona del Responsabile gestione Network fornitori e coordinamento medico Dott. Alessandro D'Errico (di seguito la "**SOCIETÀ**" o "**UNISALUTE**"), cumulativamente, le "Parti"

PREMESSO CHE

1.1 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.

1.2 UniSalute è una primaria Società assicuratrice sanitaria che offre polizze personalizzate e integrate con un'ampia gamma di servizi, per rispondere a tutte le esigenze di sanità integrativa in ragione della consolidata esperienza ed elevata specializzazione in campo sanitario. La Società, con oltre otto milioni di Assicurati, è leader sul mercato grazie ad un innovativo modello di gestione dei servizi collegato a migliaia di strutture sanitarie convenzionate in Italia e all'estero.

1.3 La Società opera sul mercato da 25 anni secondo un modello di business capace di garantire ai propri Assicurati (di seguito Assicurati o Assistiti) servizi di qualità, grande esperienza, forte presenza sul mercato e tempestività nel soddisfare aspettative sempre più specifiche e sfidanti.

Questo, grazie anche all'utilizzo delle più innovative tecnologie in grado di avvicinare la Società alla propria clientela per una maggiore e più efficace protezione della salute.

1.4 UniSalute 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.

1.5 UniSalute controlla interamente UniSalute Servizi S.r.l. con sede in Via Larga, n. 8 - 40138 - Bologna, Codice Fiscale 12209910152 e Partita I.V.A. 03740811207, PEC (posta elettronica

certificata) unisaluteservizi@pec.unipol.it (di seguito SiSalute, società di servizi che ha per oggetto la commercializzazione, la gestione, la promozione ed erogazione di prestazioni di servizi nei settori della sanità, della salute, del benessere e della malattia, nonché dell'assistenza sociosanitaria) e, a fronte di specifica delega di funzioni, ha la facoltà di stipulare, modificare, rinnovare, prorogare e risolvere, in nome e per conto di SiSalute, ogni tipo di contratto avente ad oggetto le convenzioni finalizzate all'esecuzione delle prestazioni sanitarie.

1.6 le Parti si danno atto che il presente Contratto viene stipulato da UniSalute anche in nome e per conto della sua controllata SiSalute, alla quale viene pertanto interamente esteso il Contratto medesimo. Qualora venga meno il Contratto in essere con la controllante UniSalute, contestualmente verrà risolto anche il contratto tra SiSalute e il l'Azienda. Tutti i riferimenti a "UniSalute" o alla "Società" si intendono estesi anche a SiSalute, se non diversamente specificato.

1.7 il FORNITORE risulta essere un'Azienda Unità Sanitaria Locale e 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

1.1 Sono oggetto della presente convenzione prestazioni sanitarie erogate a pagamento da parte del FORNITORE in regime di specialistica ambulatoriale e di ricovero ALPI, a favore di iscritti/assistiti della SOCIETÀ, prestazioni meglio specificate.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, si applicano le tariffe di cui ai prospetti reperibili alla pagina internet:

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

Sezione "Convenzioni con assicurazioni e fondi integrativi"

ART. 2 - BENEFICIARI

2.1 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 nel link su riportato.

(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 nel link su riportato;

ART. 3 - IMPEGNI DEL l'Azienda

l'Azienda si impegna a:

3.1 Garantire l'erogazione di prestazioni applicando le tariffe indicate nei prospetti reperibili alla pagina internet:

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

3.2 Effettuare in forma di assistenza diretta in favore degli Assistiti della Società, solo le prestazioni concordate con la SOCIETA' - e per le quali ha ricevuto espressa Autorizzazione o Presa in Carico da quest'ultima nelle modalità e nei termini stabiliti nel presente Contratto e nei suoi Allegati - tenuto conto della specifica situazione clinica del Cliente in coerenza con il principio della medicina basata su prove di efficacia (*Evidence-based medicine*, EBM).

3.3 In ogni caso, a manlevare e tenere indenne la SOCIETA' da tutti i danni, diretti e indiretti, dalle perdite, dai costi o dalle spese (ivi incluse le spese legali) che la stessa dovesse subire in conseguenza della decisione del l'Azienda di avvalersi di soggetti terzi di cui all'art. 3.7, a prescindere da coloro che abbiano reclamato tali danni, siano essi ad esempio soggetti terzi, pubbliche amministrazioni, autorità, Beneficiari;

3.4 A manlevare e tenere indenne la SOCIETA' da qualsiasi rivendicazione e/o richiesta avanzate da terzi, siano essi ad esempio soggetti terzi, pubbliche amministrazioni, autorità, Beneficiari in relazione al Contratto, per fatti addebitabili al l'Azienda a suoi dipendenti o preposti.

3.5 Garantire la massima collaborazione nello svolgimento di tutte le pratiche amministrative ed il rispetto delle procedure operative concordate e meglio specificate nell'allegato 3 "protocollo delle procedure";

3.6 Mantenere costantemente aggiornato l'elenco dei propri medici che hanno aderito alla convenzione reperibile alla pagina internet: <https://www.ausl.mo.it/servizi-e-prestazioni/libera-professione/medici-libera-professione/>

reso disponibile ai beneficiari.

3.7 Garantire compatibilmente con quanto previsto nell'allegato 3 "protocollo delle procedure", 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 SOCIETA

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 e compatibilmente con quanto previsto nell'allegato 3 "protocollo delle procedure".

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 dal Fornitore entro e non oltre 1 giorno lavorativo dalla richiesta.

In caso di mancato riscontro il Fornitore applicherà le tariffe ordinarie normalmente in essere per i paganti in proprio.

4.4. Garantire il pagamento di quanto dovuto entro sessanta (60) giorni dalla fine del mese della data indicata in fattura.

4.5. Definire l'elenco dettagliato della documentazione amministrativa e sanitaria che dovrà essere trasmessa a cura del Fornitore 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 e secondo quanto specificato nell'allegato 3 "protocollo delle procedure".

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 per quanto di sua competenza, 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.

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

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

5.1 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, 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 secondo i contenuti e le modalità meglio specificate nell'allegato 3 "protocollo delle procedure".

5.2 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

6.1 Per la gestione della documentazione si richiama integralmente quanto disposto dall'allegato 3 "protocollo delle procedure".

6.2 Resta inteso che, oltre alla documentazione indicata nel protocollo delle procedure, l'Azienda sarà libera di richiedere, comunque, per ogni accesso e per ciascun paziente, la sottoscrizione di un proprio ulteriore documento, il cui contenuto, compatibile con il protocollo delle procedure, verrà preventivamente comunicato alla SOCIETA', con pieno diritto del Fornitore, comunque, di apportare modifiche e/o integrazioni.

6.3 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, compresi quelli indicati nel protocollo delle procedure;
- Mancata consegna di documentazione sanitaria in possesso dell'interessato 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;

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

6.5 La SOCIETÀ è comunque l'unica ed esclusiva responsabile della gestione, conservazione e protezione di tutta la documentazione che il Fornitore, ai fini della presente Convenzione, provvederà a trasmettere.

6.6 Resta, peraltro, inteso fra le Parti che alcuna responsabilità, anche solo indiretta, potrà essere addebitata al Fornitore per eventuale smarrimento, furto, danneggiamento e/o violazione dei dati personali e sensibili una volta che la stessa documentazione sarà pervenuta alla SOCIETA' anche tramite il portale predisposto dalla SOCIETÀ medesima.

6.7 L'azienda si impegna comunque a conservare la documentazione sanitaria ed amministrativa relativa alle prestazioni fornite ai beneficiari nei termini previsti dalla legge.

6.8 La SOCIETÀ è tenuta a non divulgare notizie di cui sia venuta a conoscenza nell'esecuzione delle prestazioni erogate e, a tale scopo, dichiara che il trattamento dei dati personali sarà effettuato nel rispetto dei principi di liceità e correttezza, indispensabilità, pertinenza e non eccedenza, mediante strumenti idonei a garantirne sicurezza e riservatezza e, in generale, nel rispetto e in adempimento di quanto previsto dal citato decreto legislativo n. 196/2003.

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

7.1 Su richiesta della SOCIETÀ, l'Azienda accetta, per la gestione di quanto alla presente convenzione, l'utilizzo del portale/sistema informativo denominato **www.Unisalute.it** (di seguito, il "Sistema Informativo").

7.2 Il Sistema Informativo viene pertanto concesso in licenza d'uso non esclusiva e per i soli fini inerenti alla presente Convenzione al l'Azienda a parte della SOCIETÀ che ne mantiene la proprietà intellettuale.

7.3 La concessione della licenza d'uso avviene senza alcun onere a carico l'Azienda.

7.4 L'azienda è responsabile della corretta tenuta e della protezione delle credenziali di accesso al sistema riservandone l'utilizzo ai soli soggetti autorizzati.

7.5 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.

7.6 Resta pertanto unica ed esclusiva responsabilità della SOCIETÀ la 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 manlevato il Fornitore da qualsivoglia addebito e/o azione di risarcimento danni, proveniente anche dal beneficiario e comunque in generale da terzi, fatti salvi i casi di dolo e colpa grave nella gestione delle credenziali di accesso affidate al Fornitore.

ART. 8 – GESTIONE ORGANIZZATIVA DEGLI ACCESSI

8.1 Per quanto riguarda la procedura amministrativa per l'erogazione delle prestazioni a pagamento si richiama integralmente l'allegato 3 "protocollo delle procedure".

_ la SOCIETÀ invierà all'Azienda, 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;

_ la SOCIETÀ farà contestualmente pervenire all'azienda, la documentazione completa di cui all'Art.6 che precede;

_ 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;

_ nel caso, invece, di assistiti "in forma indiretta", ove tale eventualità sia prevista dalla SOCIETÀ, al beneficiario verrà richiesto, il pagamento dell'acconto delle tariffe come da allegato 1, secondo il regolamento aziendale;

_ 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

9.1 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 acquisendo dal beneficiario una nota ad accettazione della possibilità di addebito diretto in caso di mancata presa in carico a cura della SOCIETA'.

9.2 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 pregiudizio alla cura o disservizio all'utente la richiesta viene inoltrata anticipatamente l'erogazione della prestazione.

9.3 La SOCIETA' invierà rettifica e/o integrazione della presa in carico entro e non oltre due giorni lavorativi dalla richiesta e compatibilmente con quanto previsto dall'allegato 3 "protocollo procedure" entro la dimissione del paziente.

9.4 In caso di mancata autorizzazione, l'azienda si riserva di procedere ad addebito delle prestazioni aggiuntive/non autorizzate direttamente a carico del beneficiario a tariffa convenzionata.

9.5 La SOCIETA' accetta, qualora si rendesse necessario una prestazione specialistica o un intervento non previsti nei tariffari convenzionati, l'integrazione degli stessi. La nuova tariffa dovrà essere comunicata per la necessaria accettazione alla SOCIETA secondo le modalità previste all'articolo 20 e comunque prima dell'esecuzione dell'intervento, mediante la trasmissione di una nuova presa in carico ad integrazione della precedente.

9.6 Qualora la SOCIETA' non accetti la variazione proposta, l'Azienda potrà o sospendere l'erogazione delle prestazioni cui la variazione fa riferimento o procedere, previo consenso scritto dell'Assistito, all'erogazione dell'intervento aggiuntivo, richiedendone il pagamento all'Assistito, **ferma restando l'obbligatorietà dell'esecuzione in caso di urgenza/emergenza in regime ordinario;**

9.7 La SOCIETA' dichiara di accettare che un ricovero autorizzato chirurgico/medico possa essere trasformato in un ricovero medico/chirurgico qualora nel corso della degenza si verificasse tale necessità, l'Azienda si impegna a comunicare le variazioni terapeutiche intervenute non appena possibile e comunque prima della dimissione dell'assistito alla SOCIETA', che si impegna a trasmettere una nuova autorizzazione;

9.8 La SOCIETA' dichiara di accettare che il l'Azienda potrà in qualsiasi momento apportare modifiche e/o aggiornamenti agli allegati n. 1 e n. 2, con comunicazione scritta alla SOCIETA', per aggiornamenti delle tariffe di ricovero regionali, o per l'inserimento di prestazioni non presenti nel tariffario deliberato. Resta salvo il diritto della SOCIETA' di accettare o meno le modifiche comunicate.

ART. 10 – FATTURAZIONE E PAGAMENTO DEI COMPENSI

10.1 Di norma, entro 60 (sessanta) giorni dal ricovero o dall'esecuzione della prestazione specialistica ambulatoriale, IL FORNITORE 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.

10.2 L'Azienda emetterà una fattura intestata al beneficiario comprensiva delle quote a carico della SOCIETÀ ed una fattura sempre intestata al beneficiario per le eventuali franchigie/eccedenze/scoperti.

10.3 Le fatture relative alla quota a carico della società e quelle relative alla eventuale franchigia vengono trasmesse in copia alla SOCIETÀ o consegnate in originale al beneficiario in conformità alle procedure operative previste dalla SOCIETA' stessa così come indicato nell'allegato 3 "Protocollo delle procedure".

ART. 11 - PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

a) per gli assicurati in forma diretta:

11.1 La SOCIETÀ corrisponderà a mezzo bonifico bancario le fatture emesse dall'Azienda, entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del mese della data indicata in fattura e dopo aver verificato la completezza documentazione sanitaria come indicato nell'allegato 3 Protocollo delle procedure.

11.2 Il bonifico bancario deve essere effettuato presso il conto corrente bancario dell'azienda IBAN **IT49Z 03069 02477 100000300188**. Il dettaglio delle posizioni regolate con bonifico è visualizzabile nel portale della SOCIETA' alla funzione "dettaglio pagamenti".

11.3 Resta inteso che sarà onere dell'azienda comunicare prontamente ogni eventuale modifica dei predetti riferimenti contabili.

b) per gli assicurati in forma indiretta

11.4 Il pagamento delle prestazioni fruito in forma indiretta, verrà effettuato dal beneficiario direttamente all'accettazione, presso i punti di riscossione dell'azienda o attraverso bonifico bancario anticipato (che deve riportare, nella causale, indicazione della prestazione/i erogate e del nome del paziente) e deve essere effettuato presso il conto corrente bancario dell'azienda **IBAN IT49Z 03069 02477 100000300188**.

11.5 Nei casi di mancato pagamento entro il termine fissato, saranno applicati gli interessi di mora ai sensi del D.Lgs. 231/2002.

ART. 12 - QUALITÀ DEL SERVIZIO ASSICURATIVO

12.1 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 l'Azienda, se necessari, anche al fine di tenere informata la famiglia del beneficiario sulle condizioni dello stesso, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza.

12.2 Si conviene che la SOCIETA' possa fornire ai propri iscritti/assistiti tutte le informazioni necessarie all'utilizzo dei servizi offerti l'Azienda. Questo, pertanto, è tenuto 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 Sicurezza sul lavoro (d.lgs 81/2008)

13.1 Nei casi previsti dalla normativa vigente a tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, l'Azienda si obbliga alla scrupolosa osservanza di tutte le disposizioni e misure di sicurezza previste al riguardo e, in particolare, di quanto previsto dall'art. 2087 c.c. e dal D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche ed integrazioni, nonché al puntuale rispetto delle normative in tema di igiene del lavoro, prevenzione incendi e tutela dell'ambiente.

13.2 l'Azienda, in particolare, si obbliga a:

- farsi direttamente carico del rispetto e dell'adempimento di tutte le norme antinfortunistiche e in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, impartendo ordini e istruzioni precise al proprio personale impiegato nell'esecuzione del servizio, che eventualmente assuma o possa, anche solo potenzialmente, assumere aspetti di pericolosità;
- fornire al personale, in via preventiva rispetto all'esecuzione del servizio medesimo, un'adeguata informazione e formazione sui rischi specifici propri delle attività concretamente poste in essere e sulle misure di prevenzione e protezione da adottare in tema di igiene e sicurezza del lavoro, tutela dell'ambiente e prevenzione incendi;
- non conferire deleghe a soggetti sprovvisti dei requisiti previsti dalla normativa, con riguardo alle materie di cui al precedente punto;

ART. 14 - CLAUSOLA DI LEGALITA' E TRASPARENZA

14.1 Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 231/2001, della L.190/2012 e D.Lgs. 33/2013 e successive modificazioni ed integrazioni, i Soggetti di cui all'art. 1 comma 2 del citato Dlgs. Si impegnano alla scrupolosa osservanza della normativa citata, nonché all'adozione di tutte le misure idonee e necessarie al fine di evitare comportamenti diretti a commettere reati/illeciti, agevolarne la commissione, trarne profitto e a evitare qualsiasi situazione di conflitto di interessi con la Pubblica Amministrazione.

14.2 Le Parti si impegnano al rigoroso rispetto della Legge 197/1991 (Normativa antiriciclaggio) e successive modificazioni e/o integrazioni.

14.3 Le Parti si impegnano al rigoroso rispetto della disciplina in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro.

14.4 Le Parti danno atto che presso il Fornitore vige per i dipendenti ed i collaboratori l'obbligo dell'osservanza del Codice di Comportamento di cui al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e del relativo Codice di Comportamento del (nome FORNITORE) pubblicato sul sito

14.4 Le parti danno atto che la Società ha adottato la Carta dei Valori, il Codice Etico e il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001, reperibili sul sito www.unipolsai.it.

ART. 15 - COMUNICAZIONI

15.1 Ogni comunicazione inerente alla presente Proposta di Convenzione, dovrà essere trasmessa ai seguenti indirizzi:

A. Se diretta alla SOCIETA'

Via Larga 8 cap 40138 località Bologna

PEC areafornitori@pec.unisalute.it

B. Se diretta AL FORNITORE:

e-mail: dir.presmo@ausl.mo.it

PEC: auslmo@pec.ausl.mo.it

15.2 Eventuali variazioni degli indirizzi di cui sopra verranno comunicate alle Parti per iscritto.

ART. 16 - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

16.1 Ai fini della presente Convenzione, "Dati Personali", "Titolare" o "Titolare del Trattamento", "Responsabile" o "Responsabile del Trattamento" nonché "trattamento" hanno il significato indicato nel GDPR 2016/679 e nel D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei Dati Personali) e sue eventuali modificazioni ovvero nelle norme di volta in volta applicabili al trattamento dei Dati Personali.

16.2 Le prestazioni previste nel presente Contratto comportano il trattamento di dati personali anche di terzi.

16.3 A tal fine le Parti si impegnano al rispetto di tutti gli obblighi specificamente previsti dalla normativa sulla protezione dei dati personali tempo per tempo vigente in Italia e nell'Unione Europea: D.Lgs. 196/2003 s.m.i. e Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati, entrato in vigore il 24 maggio 2016, che abroga la direttiva 95/46/CE.

16.4 Le Parti effettueranno le operazioni di trattamento dei dati di terzi, che possono essere acquisiti in occasione o per effetto del presente Contratto **in qualità di autonomi titolari del trattamento**, ciò limitatamente ai rapporti tra la SOCIETA' e il Fornitore.

16.5 In quanto tali, le Parti si impegnano ad informare i terzi con cui vengano in contatto sulle operazioni di trattamento da esse compiute sui loro dati personali e, ricorrendone gli estremi, a raccoglierne l'eventuale consenso.

16.6 Le parti si impegnano altresì a svolgere i trattamenti limitatamente ai soli dati personali dei terzi interessati necessari all'erogazione del servizio oggetto del presente Contratto.

16.7 Pertanto, si obbligano - per sé, i propri dipendenti e collaboratori - al rispetto della riservatezza ed integrità dei documenti, delle notizie e dei dati trattati in esecuzione del presente Contratto,

nonché a utilizzarli esclusivamente per le attività connesse all'esecuzione del presente Contratto, garantendo di mantenere indenne l'altra Parte da ogni eventuale pregiudizio.

16.8 Le Parti dichiarano inoltre di essere a conoscenza che i predetti dati personali saranno necessariamente oggetto di trattamento, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, da parte del personale a ciò incaricato da ciascuna Parte, per l'esecuzione degli obblighi assunti con il presente Contratto e dei connessi adempimenti normativi, secondo le modalità e nei limiti ivi indicati.

16.9 La SOCIETA' è comunque l'unica ed esclusiva responsabile della gestione, conservazione e protezione di tutta la documentazione che il Fornitore, ai fini della presente Convenzione, provvederà a trasmetterle anche attraverso il portale di cui all'art. 7 del presente accordo.

16.10 Resta, peraltro, inteso fra le Parti che alcuna responsabilità, anche solo indiretta, potrà essere addebitata al Fornitore per eventuale smarrimento, furto, danneggiamento e/o violazione dei dati personali e sensibili una volta che la stessa documentazione sarà pervenuta alla SOCIETA' anche per il tramite del portale predisposto dalla medesima.

16.11 Il Fornitore si impegna comunque a conservare la documentazione sanitaria ed amministrativa relativa alle prestazioni fornite ai beneficiari nei termini previsti dalla legge.

16.12 Le Parti sono tenute a non divulgare notizie di cui sia venuta a conoscenza nell'esecuzione delle prestazioni erogate e, a tale scopo, dichiarano che il trattamento dei dati personali sarà effettuato nel rispetto dei principi di liceità, trasparenza e correttezza, indispensabilità, pertinenza e non eccedenza, mediante strumenti idonei a garantirne sicurezza e riservatezza ed, in generale, nel rispetto ed in adempimento di quanto previsto dalla già citata normativa di settore in vigore.

ART. 17 - DURATA DEL CONTRATTO

17.1 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 posta elettronica certificata ovvero con raccomandata AR, con un preavviso di almeno 30 giorni.

17.2 In caso di recesso anticipato e/o di mancato rinnovo le parti si impegnano a:

(i) l'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.

17.3 E' possibile procedere al rinnovo con nuovo atto convenzionale, qualora le Parti esprimano volontà almeno 30 giorni prima della scadenza della presente convenzione.

17.4 Ogni modificazione al presente contratto dovrà comunque essere preventivamente concordata per iscritto tra le parti, anche mediante semplice scambio di corrispondenza.

17.5 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. 18 - INADEMPIENZE CONTRATTUALI

18.1 Eventuali contestazioni relative ad inadempienze contrattuali devono essere effettuate in forma scritta, tramite raccomandata con avviso di ricevimento ovvero tramite posta elettronica certificata.

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.

18.2 L'inadempienza rispetto ai termini di pagamento previsti nel presente contratto, fatta salva la modalità di contestazione ed i termini per il ripristino di cui al precedente punto 16.1, autorizza l'Azienda e a sospendere l'erogazione di prestazioni già programmate a far data dalla scadenza del termine di trenta giorni di cui al paragrafo 18.1. E' fatta salva la possibilità di risoluzione del contratto ed eventuale risarcimento danni di cui al paragrafo 18.1.

18.3 Nel caso di risoluzione della presente convenzione, 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 i termini concordati.

In tale ultima ipotesi, l'Azienda potrà richiedere direttamente ai beneficiari il compenso per le prestazioni fornite.

18.4 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.

ART. 19 – CONTROVERSIE – COMPOSIZIONE BONARIA E FORO COMPETENTE

19.1 Il presente Contratto è disciplinato e dovrà essere interpretato in base alla legge italiana.

19.2 Le Parti, nell'eventualità di disaccordo o controversie attinenti all'interpretazione del Contratto e dei suoi Allegati, ed in generale per tutte le controversie, anche di natura non contrattuale, derivanti dal presente Contratto, relative o connesse allo stesso si impegnano ad incontrarsi entro un termine di 30 (trenta) giorni dal loro insorgere, per addivenire ad una risoluzione bonaria.

19.3 In mancanza di accordo, per ogni controversia è competente il Foro dove è sita la sede legale del Fornitore.

ART. 20 - APPLICAZIONE E MODIFICHE

20.1 Le parti contraenti regoleranno attraverso i propri rispettivi uffici competenti eventuali questioni di dettaglio per la migliore applicazione del presente contratto.

20.2 Resta inteso che qualunque modifica, integrazione e/o 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 a mezzo di posta elettronica certificata.

ART. 21 - SPESE CONTRATTUALI

21.1-IL PRESENTE ACCORDO viene sottoscritto con firma digitale giusta la previsione di cui all'art. 15, comma 2-bis, della Legge n.241/1990 e ss.mm.ii. IL PRESENTE ACCORDO è soggetto 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.

21.2 Il presente accordo è soggetto all'imposta di bollo con oneri a carico di ciascuna parte CON MODALITA' DA DEFINIRE. 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.

ART. 22 – RCT

21.1 Il Fornitore 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 dal Fornitore quest'ultimo, 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.

22.2 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'.

22.3 Altresì l'Azienda non risponderà per il mancato funzionamento della piattaforma di accesso informatico della SOCIETA'.

22.4 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 l'Azienda nell'erogazione di una qualsiasi prestazione in Contratto.

ART. 23 – ALLEGATI

· Allegato 1 Prestazioni e relative tariffe

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

· Allegato 2 Elenco medici

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

· Allegato 3 protocollo delle procedure

Letto, confermato e sottoscritto (data dell'ultima firma digitale)

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Romana Bacchi

La società UniSalute s.p.a.

Dott. Alessandro D'Errico

(digitalmente firmato)

Per specifica approvazione delle clausole di cui gli artt. 9, 10, 11, 12, 13 e 15 ai sensi dell'art. 1341, comma 2, del codice civile.

ALLEGATO 3

Protocollo Procedure

Ed. 2025

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

SOMMARIO

| | |
|--|----|
| 1. PREMESSE | 3 |
| 2. COMUNICAZIONI E GESTIONE DOCUMENTI | 4 |
| 3. NUMERI, INDIRIZZI E RIFERIMENTI UTILI | 5 |
| 4. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI | 6 |
| 5. VERIFICA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA CON LA SOCIETA' | 6 |
| 6. PROCEDURE PRESCRITTE PER I RICOVERI..... | 6 |
| 7. COMPLICAZIONI IN CORSO DI DEGENZA, INTERVENTO DIVERSO O AGGIUNTIVO RISPETTO A QUELLO PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATO | 7 |
| 8. CARTELLA CLINICA..... | 8 |
| 9. COMPORTAMENTO DA ADOTTARE SE UN ASSISTITO RICHIEDE L'INTERVENTO DI UN'EQUIPE CHIRURGICA/MEDICA NON CONVENZIONATA | 9 |
| 10. COMPORTAMENTO DA ADOTTARE SE L'EQUIPE CHIRURGICA/MEDICA È CONVENZIONATA, MA SI RICHIEDE UN MEDICO O UN PARAMEDICO NON CONVENZIONATO ESTERNO ALL'EQUIPE . | 9 |
| 11. COMPORTAMENTI DA ADOTTARE ALL'ATTO DELLE DIMISSIONI DI UN ASSISTITO | 9 |
| 12.COMPORTAMENTO DA ADOTTARE QUALORA UN ASSISTITO CHIEDE PRESTAZIONI DI MEDICINA SPECIALISTICA E DI DIAGNOSTICA AMBULATORIALE..... | 10 |
| 13. CASI PARTICOLARI..... | 11 |
| 14.COMPORTAMENTI DA ADOTTARE PER GLI ASSISTITI PAGANTI IN PROPRIO | 11 |
| 15. MODALITÀ DI FATTURAZIONE E LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI..... | 11 |
| 16. MODALITÀ DI FATTURAZIONE E LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI - ASSISTITI CIA..... | 12 |
| 17. VERIFICA DELLO STATO DI PAGAMENTO | 13 |
| APPENDICE: MODULISTICA | 14 |
| LETTERA DI IMPEGNO..... | 14 |
| PREVENTIVO PER RICOVERO CHIRURGICO/DH CHIRURGICO/INTERVENTO AMBULATORIALE... | 15 |
| PREVENTIVO PER RICOVERO MEDICO | 15 |
| PREVENTIVO PER RICOVERO ONCOLOGICO | 16 |
| INDICAZIONI AL FORNITORE IN RELAZIONE ALLE CORRETTE MODALITA' DI CALCOLO E APPLICAZIONE DELL'IVA SULLE PRESTAZIONI..... | 17 |

1. PREMESSE

Il presente Protocollo delle Procedure (di seguito anche Protocollo o Procedure), quale parte integrante e sostanziale del Contratto tra UniSalute S.p.A. (di seguito anche la Società) e il Fornitore definisce le modalità operative da adottare nell'esecuzione del Contratto.

In particolare, nei rapporti tra la Società, l'Assistito e il Fornitore, si richiede il rispetto delle procedure di seguito indicate per garantire l'erogazione di servizi efficienti e di qualità agli Assistiti riducendo eventuali disagi e contestazioni.

Il Protocollo regolerà i rapporti con i Fornitori che utilizzeranno documentazione elettronica scambiata mediante collegamento *internet* al sito www.unisalute.it.

In forza delle disposizioni del Contratto e, in particolare, dell'art. 3, l'erogazione di ogni prestazione in Assistenza Diretta è subordinata al possesso da parte del Fornitore della **Autorizzazione** o **Presa in Carico** della Società. L'assenza di tale **Autorizzazione** determinerà l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 6, e all'art. 7 nonché, laddove applicabili, delle penali previste all'art. 8 del Contratto.

La Società non assume alcun onere/obbligo in relazione a prestazioni di medicina estetica, ad eccezione dei casi espressamente e preventivamente autorizzati dalla Società.

2. COMUNICAZIONI E GESTIONE DOCUMENTI

2.1 Per l'esecuzione del Contratto con la Società è prevista la seguente modalità operativa.

Per tutti i rapporti con gli Assistiti (prenotazioni, autorizzazioni, variazioni, fatturazione, ecc.), è prevista la **gestione informatica dei documenti**, mediante collegamento Internet al sito www.unisalute.it, utilizzabile per le attività diagnostiche ambulatoriali, per l'attività di ricovero nonché per la chirurgia ambulatoriale.

Tale modalità consente una gestione esclusivamente elettronica dei flussi documentali, previo inserimento di *username* e *password* necessarie per accedere al Portale Fornitori, accessibile dalla *home page* della Società.

Essa permetterà una semplificazione delle procedure, una maggiore velocità di risposta, la verifica in tempo reale della situazione relativa a prenotazioni, Prese in Carico, fatturazioni e pagamenti effettuati.

2.2 In caso di variazione ragione sociale che comporta cambio partita IVA, è necessario inviare la seguente documentazione alla PEC a areanetwork@pec.unisalute.it:

- Certificato di attribuzione partita IVA
- Visura camerale
- Nuove coordinate bancarie IBAN su carta intestata della struttura
- Copia di prima fattura emessa con nuova partita IVA

Questo cambio comporterà la cessazione del contratto in essere e predisposizione di nuovo contratto con il nuovo Fornitore.

2.3 Qualora la variazione riguardi solamente la denominazione della struttura a partita IVA invariata, basterà mandare comunicazione tramite PEC a areanetwork@pec.unisalute.it senza invio di ulteriore documentazione. Tale variazione non comporta sottoscrizione di nuovo contratto.

2.4 Nel caso in cui fosse necessario aggiornare il solo IBAN, occorre inviare PEC a areanetwork@pec.unisalute.it con nuove coordinate bancarie su carta intestata della struttura.

3. NUMERI, INDIRIZZI E RIFERIMENTI UTILI

| ARGOMENTO RICHIESTA | CONTATTI DI RIFERIMENTO |
|--|---|
| PRESE IN CARICO MEDICINA SPECIALISTICA, DIAGNOSTICA E RICOVERI | <p>sul portale alla sezione “contatti/assistenza presa in carico”</p> |

| ARGOMENTO RICHIESTA | CONTATTI DI RIFERIMENTO |
|--|---|
| <p>CONVENZIONAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • richiesta inserimento nuove prestazioni; • informazioni sul Contratto • Inserimento/eliminazione medici | <p>Riferirsi al proprio convenzionatore. Per l’inserimento di medici, sul portale nella sezione “gestione medici” è possibile inserire/eliminare i professionisti (inserire medici solo se la prestazione è già in convenzione altrimenti riferirsi al proprio convenzionatore)</p> |
| <p>ASSISTENZA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • funzionamento del sito; • informazioni sulla visualizzazione dei pagamenti; • recapiti, chiusure temporanee (ferie/festività), sospensione erogazione prestazioni | <p>sul portale nella sezione “contatti/assistenza tecnica sito Unisalute” o inviando una mail a strutture sanitarie@unisalute.it</p> |
| <p>VARIAZIONE DATI CONTRATTUALI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • variazione di ragione sociale/Sede • comunicazione chiusura temporanea della struttura (NON per ferie/festività) • variazione di coordinate bancarie | <p>Mandare PEC a areanetwork@pec.unisalute.it</p> |

4. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

A integrazione di quanto già previsto nel Contratto all'art. 24, le Parti si impegnano a gestire i rapporti connessi all'erogazione delle prestazioni in modo tale da:

- salvaguardare la riservatezza degli Assistiti, adottando le necessarie procedure anche in relazione alle misure per garantire la sicurezza dei dati personali;
- collaborare per le eventuali richieste di esercizio dei diritti da parte delle persone interessate o di richieste e accertamenti delle autorità amministrative o giudiziarie.

5. VERIFICA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA CON LA SOCIETA'

5.1 In relazione a tutte le tipologie di prestazioni sanitarie erogabili in attuazione del Contratto, sia in regime di Assistenza Diretta sia in applicazione delle Tariffe Agevolate, l'attivazione della copertura da parte della Società prevede necessariamente, ad eccezione di accordi diversi tra il Fornitore e la Società, il contatto diretto di quest'ultima con l'Assistito (o un suo rappresentante/delegato) tramite sistemi elettronici, telematici e/o *app*, ecc.

5.2 La Società, ricevuta la richiesta di prestazione, provvede a effettuare le necessarie valutazioni tecnico-assicurative e, all'esito positivo delle stesse, avvierà le procedure per l'erogazione della prestazione.

6. PROCEDURE PRESCRITTE PER I RICOVERI

6.1 Per ricevere dalla Società l'Autorizzazione a effettuare il ricovero degli Assistiti in Assistenza Diretta, il Fornitore in conformità all'art. 7.2 del Contratto deve:

- a. trasmettere all'Assistito la documentazione medica affinché egli possa farne richiesta con un preavviso di almeno 15 giorni rispetto alla data dell'intervento;
- b. corredare la documentazione con il preventivo economico allegato, completo di codice diagnosi e codice procedura e relativa refertazione nonché codice DRG;
- c. informare l'Assistito che la richiesta, i documenti e le informazioni di cui ai punti a. e b. che precedono devono pervenire alla Società almeno 15 giorni prima della data prevista per l'eventuale ricovero.

La Società si riserva la facoltà di chiedere al Fornitore, che è tenuto a darne immediato riscontro, ulteriore documentazione e/o informazioni medico-sanitarie qualora ciò sia necessario per una valutazione completa circa la richiesta di ricovero.

Una volta espletate, con esito positivo, le verifiche di cui al paragrafo 5 e ai punti a. b. e c. che precedono la Società invierà al Fornitore l'Autorizzazione al ricovero.

Per i ricoveri in regime di Assistenza Diretta, il Fornitore non potrà pretendere alcun deposito cauzionale o altra garanzia per la prestazione Autorizzata dalla Società, ad eccezione di eventuali franchigie o scoperti di polizza e servizi non espressamente autorizzati dalla Società (quali ad es., spese voluttuarie, consumazioni, telefonate, TV, ecc.).

6.2 Il Fornitore dovrà prestare la massima attenzione a ogni indicazione riportata nell'Autorizzazione e, in particolare, alle seguenti voci:

- elenco delle prestazioni Prese in Carico e/o codici DRG;
- note relative a esclusioni, limitazioni, eventuali franchigie, scoperti o avvertenze;
- codice di Autorizzazione.

6.3 Nel caso in cui l'Assistito NON abbia diritto all'Assistenza Diretta, tale informazione gli sarà trasmessa dalla Società e il Fornitore, per le prestazioni che erogherà a tale Assistito, applicherà le Tariffe Agevolate. Resta inteso che l'accordo di convenzione con la struttura sanitaria prevede che quest'ultima applichi

sempre la Tariffa Agevolata per le spese di propria competenza anche qualora il medico che esegue l'intervento non sia convenzionato.

6.4 Al momento del ricovero il Fornitore dovrà:

- accertare l'identità dell'Assistito (chiedendo l'esibizione del relativo documento);
- far sottoscrivere all'Assistito l'allegata 'Lettera di impegno' con la quale il medesimo prende atto e si obbliga a pagare i servizi non a carico della Società.

6.5 Il Fornitore si obbliga affinché gli Assistiti siano ospitati in camere di degenza, provviste di servizi igienici privati e di eventuale letto per l'accompagnatore.

7. COMPLICAZIONI IN CORSO DI DEGENZA, INTERVENTO DIVERSO O AGGIUNTIVO RISPETTO A QUELLO PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATO

7.1 Qualora dovessero insorgere complicanze o rischi di complicanze durante un ricovero tali da modificare i dati dell'originaria Autorizzazione e tali da esigere:

- diagnosi relative a una nuova patologia;
- intervento diverso da quello previsto;
- intervento aggiuntivo;
- complicanze e/o situazioni che determinino una sostanziale modifica del piano di cura previsto in sede di ammissione al ricovero,

il Fornitore è obbligato, ai sensi degli articoli 3.1 e 3.3 del Contratto, a chiedere alla Società un'ulteriore Autorizzazione o modifica della stessa per l'erogazione delle prestazioni rese necessarie.

Al fine di ottenere tale ulteriore Autorizzazione il Fornitore deve richiedere attraverso il portale fornitori la modifica dell'Autorizzazione entro **24 ore** dal suo insorgere, caricando direttamente sul Portale Fornitori la documentazione necessaria per la modifica della Autorizzazione.

Contestualmente alla richiesta di modifica, il Fornitore è tenuto a informare l'Assistito che nel caso in cui la prestazione aggiuntiva o la modifica della prestazione non sia in copertura (totale o parziale) le relative spese aggiuntive saranno a suo carico.

7.2 La Società, effettuate le opportune verifiche contrattuali, invierà al Fornitore una nuova Autorizzazione al ricovero che annullerà e sostituirà quella precedente e - qualora la modifica non risultasse totalmente o parzialmente in copertura - provvederà a specificare nella nuova Autorizzazione eventuali e/o ulteriori franchigie o scoperti a carico dell'Assistito. La Società provvederà a informare l'Assistito e/o gli eventuali familiari della modifica intervenuta.

Nei casi di ricovero e di intervento chirurgico ambulatoriale, il Fornitore dovrà specificare e documentare con il relativo referto la natura della patologia, la dimensione e la sede della lesione. Il referto dell'eventuale esame istologico dovrà essere inviato (anche in formato elettronico) alla Società in tutti i casi in cui sarà eseguito.

7.3 Nel caso di endoscopie digestive sarà necessario che l'assistito verifichi preventivamente con la Società che tale prestazione, qualora si trasformasse in operativa, sia in copertura di polizza.

Se la prestazione da diagnostica si trasformasse in operativa, il Fornitore dovrà inserire la richiesta di modifica dell'Autorizzazione a portale, entro le 24 ore dall'esecuzione della prestazione, allegando la documentazione a sostegno. A seguito della valutazione delle condizioni di polizza e della documentazione inviata possono seguire due esiti:

- se la prestazione risulta in copertura e la documentazione è coerente con la richiesta di modifica, l'Autorizzazione relativa all'endoscopia diagnostica sarà annullata e inviata una nuova Autorizzazione per la procedura operativa. Tale Autorizzazione sarà visibile nella sezione "Ricoveri".
- Se la prestazione non risulta in copertura o la documentazione non è coerente con la richiesta di modifica, l'Autorizzazione relativa all'endoscopia diagnostica sarà annullata e verrà inviata

un'Autorizzazione per l'applicazione delle tariffe in convenzione, visibile nella sezione "Ricoveri" - "Tariffe Agevolate".

7.4 Il mancato rispetto delle procedure di cui ai paragrafi 7.1 e 7.2 determinerà l'applicazione delle penali contrattuali come stabilito all'art. 8 del Contratto e inoltre la Società sarà esonerata dal pagamento di costi e di oneri ulteriori nelle ipotesi in cui il Fornitore abbia:

- chiesto tardivamente la modifica dell'Autorizzazione;
- compilato in modo non esaustivo la Cartella Clinica;
- inviato documentazione incompleta e/o fornito una carente descrizione degli eventuali costi per interventi diversi o aggiuntivi (delle terapie mediche, delle giornate di degenza, della distinta degli accertamenti diagnostici, dei farmaci, dei materiali, ecc.).

8. CARTELLA CLINICA

8.1 Il Fornitore invierà alla Società copia della Cartella Clinica comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera - quale strumento che certifica la condizione patologica dell'Assistito e il piano di cura, nonché tutte le prestazioni e il complesso degli interventi medici effettuati durante la degenza dell'Assistito.

8.2 La Cartella Clinica è il documento preso in considerazione dalla Società ai fini della liquidazione del sinistro. Per tale ragione, assolvendo alla funzione di diario del decorso della malattia, la Cartella Clinica deve essere scritta in modo **chiaro e leggibile** e riportare informazioni **complete**, annotate secondo la sequenza cronologica degli eventi. Ciascuna annotazione presenta, singolarmente, un proprio, autonomo valore documentale definitivo che si realizza nel momento stesso in cui viene trascritta e, conseguentemente, nessuna annotazione può essere integrata o cancellata successivamente alla sua stesura finale.

In particolare, nella Cartella Clinica dovranno essere riportati:

- le generalità complete dell'Assistito, il suo consenso informato sottoscritto dal paziente, l'anamnesi familiare e personale (remota e prossima), nonché l'esame obiettivo;
- il diario clinico (con indicazione delle giornate/ore di permesso) contenente la descrizione delle prestazioni eseguite a favore dell'assistito, gli esami di laboratorio e gli accertamenti specialistici con i relativi referti, le terapie, ecc.;
- la scheda anestesologica con l'indicazione dell'orario di inizio e termine dell'intervento chirurgico e della anestesia;
- l'indicazione della quantità, della tipologia e della durata del trattamento dei farmaci somministrati;
- in caso di intervento chirurgico, il referto operatorio con la descrizione dell'intervento/i effettuato/i l'ora di inizio anestesia e di inizio intervento, di fine intervento e di fine anestesia, l'elencazione di eventuali protesi impiantate, l'indicazione di tutti i componenti dell'equipe chirurgica coinvolti e di tutti i soggetti partecipanti all'intervento stesso;
- la specifica e le relative quantità dei materiali utilizzati;
- la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) contenente i dati riferiti all'accettazione (tipo di ricovero), all'onere della degenza (SSN, libera professione, solvente, ecc.) la data e l'orario di ammissione e di dimissione, la modalità della dimissione (o del trasferimento), l'intervento principale e gli eventuali secondari, indicati con i rispettivi codici ICD9-CM/ICD9, la diagnosi di ammissione e di dimissione con i relativi codici;
- l'indicazione del numero di pagine di cui è composta la Cartella Clinica.

Qualora sia eseguito un intervento ambulatoriale, si richiede, inoltre, l'invio di una breve relazione medica ed eventuale referto istologico e, per le cure e gli interventi dermatologici la relazione dovrà essere corredata da fotografie della parte colpita dalla patologia. In ogni caso, qualora la Società lo richieda, devono essere messi a sua disposizione i relativi vetrini. Assieme alla Cartella Clinica il Fornitore deve trasmettere alla Società anche copia della lettera di dimissione del medico competente.

8.3 La mancata trasmissione della Cartella Clinica, comprensiva di ogni elemento, della SDO e della lettera di dimissione e, in caso di intervento ambulatoriale, della relazione medica, di eventuale referto istologico se eseguito, di fotografie in caso di cure/interventi dermatologici, o la sua non intellegibilità, comporterà la sospensione del pagamento ai sensi dell'art. 13 del Contratto.

Tale sospensione riguarderà tutte le voci di spesa, quindi anche eventuali fatture di terzi fornitori relative a protesi, a mezzi di sintesi, a stent, a pacemaker e defibrillatore o materiali analoghi, come previsto dall'art. 12.5 del Contratto.

La Società non prenderà in considerazione variazioni della Cartella Clinica se non in relazione alla correzione di eventuali errori materiali (es.: errore di trascrizione, numeri inesatti, ecc.), effettuate in modo tale che restino intelleggibili le precedenti annotazioni e con firma di avallo del medico responsabile.

9. COMPORAMENTO DA ADOTTARE SE UN ASSISTITO RICHIEDE L'INTERVENTO DI UN'EQUIPE CHIRURGICA/MEDICA NON CONVENZIONATA

Nel caso in cui un Assistito richieda prestazioni sanitarie di un medico non convenzionato con la Società, il Fornitore dovrà verificare se sussistano i presupposti per convenzionare stabilmente il professionista richiesto. In caso affermativo la nuova adesione dovrà essere tempestivamente comunicata alla Società entro 5 gg dalla prestazione, secondo le disposizioni di cui al paragrafo 3. Anche in tali casi, la copertura diretta delle spese relative alla prestazione sanitaria richiesta sarà subordinata all'arrivo della Autorizzazione da parte della Società.

Qualora il medico decida di non aderire, l'Assistito dovrà personalmente provvedere al pagamento delle prestazioni sanitarie ricevute. Nel caso in cui l'Assistito decida comunque di farsi curare da un medico/paramedico/equipe non convenzionati, Il Fornitore dovrà informare immediatamente l'Assistito che il professionista richiesto non è in convenzione e che le prestazioni erogate dal medesimo non saranno coperte dalla Società. Unisalute indicherà nell'autorizzazione le prestazioni coperte in base al contratto, ovvero la quota DRG/ICA di competenza della struttura, stabilita in fase di convenzionamento. La struttura in forza del contratto di convenzione non potrà avvalersi della modalità indiretta.

10. COMPORAMENTO DA ADOTTARE SE L'EQUIPE CHIRURGICA/MEDICA È CONVENZIONATA, MA SI RICHIEDE UN MEDICO O UN PARAMEDICO NON CONVENZIONATO ESTERNO ALL'EQUIPE

Qualora si prospetti il caso in cui un Assistito richieda al Fornitore prestazioni (per esempio consulto medici, assistenza ostetrica, ecc.) a medici/paramedici che non accettano di operare in convenzione, il Fornitore dovrà adoperarsi in modo da offrire all'Assistito un'alternativa all'interno dei medici/paramedici/equipe convenzionati.

11. COMPORAMENTI DA ADOTTARE ALL'ATTO DELLE DIMISSIONI DI UN ASSISTITO

11.1 All'atto delle dimissioni di un Assistito la fattura per la prestazione resa andrà intestata e consegnata allo stesso personalmente o recapitata al suo indirizzo in **originale**. Fanno eccezione solamente dipendenti, ex dipendenti e familiari del Gruppo Unipol (di seguito CIA), riconoscibili dall'apposita indicazione nella presa in carico/proforma (vedi punto 15.6).

11.2 Il Fornitore dovrà ottenere il pagamento dall'Assistito delle somme dovute per prestazioni non coperte dalla Società o per spese voluttuarie non coperte dalla polizza con la Società (telefono, TV, eventuali quote di scoperti e/o franchigie, ecc.) e indicate nell'Autorizzazione.

11.3 La trasmissione delle informazioni e della documentazione avverrà tramite Portale Fornitori, come specificato nell'apposito manuale ricoveri, secondo la tempistica indicata all'art. 12 del Contratto. Il Fornitore dovrà trasmettere la seguente documentazione:

- le fatture/ricevute fiscali, che dovranno riportare il codice di Autorizzazione e comprendere un elenco analitico delle prestazioni fornite, secondo le specifiche del Nomenclatore Tariffario utilizzato: TSS oppure TSC;
- la distinta contenente quantità e prezzi unitari dei materiali, protesi utilizzate, dei farmaci somministrati e degli accertamenti effettuati, corredata dalle relative fatture di pagamento dei fornitori terzi;
- la copia della Cartella Clinica, come descritta al paragrafo 8, comprensiva della scheda nosologica di dimissione ospedaliera S.D.O. (istituita con D.M. 28/12/1991) e della lettera di dimissione;
- la copia della “Lettera di Impegno” di cui al paragrafo 6.4.

12.COMPORTAMENTO DA ADOTTARE QUALORA UN ASSISTITO CHIEDE PRESTAZIONI DI MEDICINA SPECIALISTICA E DI DIAGNOSTICA AMBULATORIALE

12.1 Anche in relazione alle prestazioni di medicina specialistica e di diagnostica ambulatoriale, come previsto al precedente paragrafo 5 per l’attivazione dell’Assistenza Diretta, salvo diverso accordo fra il Fornitore e la Società, a seguito dell’istanza dell’Assistito, la Società procede all’invio al Fornitore dell’Autorizzazione per la prestazione secondo le disposizioni stabilite all’art. 3 del Contratto.

12.2 Ricevuta l’istanza, la Società, salvo diversi accordi con il Fornitore, chiederà a quest’ultimo di effettuare la prenotazione e, una volta definito l’appuntamento, inoltrerà l’Autorizzazione per le prestazioni di medicina specialistica e di diagnostica ambulatoriale; queste ultime non potranno essere svolte dal Fornitore sino a quando non abbia ricevuto la predetta Autorizzazione. Il Fornitore garantirà che il tempo di attesa per le visite specialistiche, per le terapie, per gli accertamenti diagnostici sarà il più breve possibile e comunque con tempistiche non superiori a quelle delle disponibilità dei solventi, a meno di diversi accordi con la Società a seguito di specifiche richieste degli Assistiti.

12.3 Il Fornitore, inoltre, si obbliga a comunicare la conferma delle prenotazioni entro 3 (tre) giorni dalla richiesta di prestazione sanitaria della Società a favore dell’Assistito, pena l’annullamento della richiesta e l’indirizzamento dell’Assistito presso altro Fornitore.

12.4 La Società si impegna a comunicare al Fornitore l’Autorizzazione nel più breve tempo possibile ed il Fornitore si asterrà dal porre in essere la prestazione sanitaria sino a quando non avrà ricevuto tale Autorizzazione. All’atto dell’erogazione delle prestazioni, il Fornitore dovrà sempre:

- accertarsi di aver ricevuto la relativa Autorizzazione;
- verificare le generalità del fruitore che devono coincidere con quelle indicate nella Autorizzazione e
- controllare l’elenco delle prestazioni sanitarie prese in carico dalla Società;
- tener conto delle note relative ad esclusioni, limitazioni, franchigie, scoperti o avvertenze riportate nell’Autorizzazione;
- erogare la prestazione in funzione del regime da applicare all’Assistito (Assistenza Diretta o Tariffe Agevolate);
- accertarsi di aver ricevuto dall’Assistito la prescrizione medica qualora sia richiesta dall’Autorizzazione.

12.5 Qualora un Assistito si rivolga direttamente al Fornitore per fissare un appuntamento senza prima contattare la Società, è possibile comunque procedere alla prenotazione. Il Fornitore è al contempo obbligato, in assenza di diversi accordi con la Società, a invitare il richiedente a contattare la Società, per attivare la verifica della copertura prevista al precedente paragrafo 5 e la procedura per l’invio della Autorizzazione.

12.6 Una volta erogata la prestazione, consegnata o recapitata la fattura in originale all’Assistito (qualora previsto), il Fornitore dovrà procedere a inserire i dati della fattura nell’apposita sezione del sito e caricare sul Portale Fornitori copia della prescrizione medica e della fattura o altri dati richiesti dall’Autorizzazione.

Il Fornitore dovrà fornire alla Società, contestualmente o comunque entro 90 gg dalla data di fatturazione, tutte le informazioni necessarie alla liquidazione.

13. CASI PARTICOLARI

Nei casi in cui la prestazione indicata nell'Autorizzazione non coincida con quella contenuta nella prescrizione medica, il Fornitore comunica alla Società la necessità di variare l'Autorizzazione stessa, coerentemente con quanto riportato nella prescrizione medica, e a seguire informa anche l'Assistito che il relativo importo, previa applicazione delle Tariffe Agevolate, potrebbe rimanere a suo carico.

14. COMPORTAMENTI DA ADOTTARE PER GLI ASSISTITI PAGANTI IN PROPRIO

Il Contratto prevede che possano usufruire delle condizioni di cui al Nomenclatore Tariffario (tariffe agevolate) anche gli assistiti paganti in proprio, che siano in possesso di idonea attestazione cartacea o virtuale (ad esempio "card" virtuale da esibire a mezzo *app* in occasione dell'erogazione della prestazione) e che vengano segnalati dalla Società sul portale nell'apposita sezione "Tariffe Agevolate".

Qualora un Assistito chieda al Fornitore una prestazione con tali modalità, il Fornitore dovrà:

- verificare le generalità dell'Assistito e la presenza della segnalazione nell'apposita sezione "Tariffe Agevolate" del portale;
- chiedere all'Assistito il pagamento integrale delle prestazioni, applicando le tariffe concordate con la Società

15. MODALITÀ DI FATTURAZIONE E LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

15.1 Il Fornitore dovrà inviare alla Società solo pratiche complete secondo le prescrizioni indicate nel Contratto e nel Protocollo. L'omesso invio della documentazione prescritta per la liquidazione (cartella clinica, referti, istologici, prescrizioni, ecc.) e/o il reiterarsi di tale comportamento comporteranno la sospensione dei relativi pagamenti come stabilito all'art. 13 del Contratto, l'applicazione di penali stabilite all'art. 8 del Contratto o la risoluzione del Contratto come stabilito all'art.17 del Contratto.

15.2 Nel caso in cui nell'Autorizzazione sia richiesta la prescrizione del medico e l'Assistito ne sia sprovvisto, **il Fornitore dovrà chiedere il pagamento della prestazione direttamente all'Assistito**, avendo comunque cura di applicare le Tariffe Agevolate.

15.3 Qualora nell'Autorizzazione sia indicato che parte dell'importo della prestazione deve essere saldata dall'Assistito, il Fornitore dovrà provvedere a:

- emettere preferibilmente un'unica fattura intestata all'Assistito per l'intero importo e a riscuotere dall'Assistito la somma di sua spettanza (salvo eccezione indicata al punto 15.6), evidenziando nella copia della fattura trasmessa alla Società l'importo saldato dall'Assistito.
- Nell'impossibilità di rispettare la modalità indicata al punto precedente è consentito emettere 2 (due) fatture intestate all'Assistito, di cui una contenente l'importo a carico dell'Assistito e una con l'importo a carico della Società; entrambe le copie dovranno essere inviate, con la documentazione prescritta dal presente Allegato, alla Società nella modalità di cui al paragrafo 2. Qualora si debbano emettere 2(due) fatture, è indispensabile inserire per prima la fattura relativa all'importo a carico del cliente.

La Società liquiderà gli importi per le prestazioni Autorizzate nei termini stabiliti dall'art. 12 del Contratto. Qualora il Fornitore si avveda di inesattezze sull'applicazione delle tariffe o sulla indicazione delle prestazioni sanitarie erogate, dovrà informare, con la massima sollecitudine, la Società per una verifica delle stesse.

15.4 In relazione alle ricevute fiscali emesse direttamente dai medici privi di accordo contrattuale con la Società, quest'ultima liquiderà tali somme al Fornitore - nel caso in cui ne ricorrano i presupposti - con l'applicazione di una ritenuta a titolo di acconto, come previsto dalle normative vigenti in materia di

compensi per prestazioni di lavoro autonomo (D.P.R. n. 600/1973, art. 25; Legge Finanziaria 2007 n° 296/2006, art. 1, commi 38, 40 e 41). Il Fornitore si impegna a comunicare alla Società tutti i dati necessari al riguardo e, in particolare, a indicare:

- il soggetto emittente della fattura (la quale non potrà essere emessa da un professionista diverso da quello che ha erogato la prestazione);
- il regime fiscale applicabile con conseguente necessità o meno di applicare la ritenuta d'acconto;
- il domicilio fiscale del medico.

15.5 Per le fatture di aziende sanitarie od ospedaliere relative ad attività *intramoenia*, la Società potrà liquidare le somme spettanti a terzi (strutture sanitarie o medici) dietro presentazione di idonea documentazione (delega alla riscossione, convenzione fra la struttura e azienda pubblica, ecc.) che attesti la legittimità all'incasso. Il Fornitore si impegna a comunicare alla Società tutti i dati necessari al riguardo e, in particolare, a indicare:

- il soggetto emittente della fattura (la quale non potrà essere emessa da un professionista diverso da quello che ha erogato la prestazione);
- l'eventuale regime fiscale agevolato applicabile (persona fisica o studio associato) con conseguente necessità o meno di applicare la ritenuta di acconto;
- l'importo da liquidare al netto dell'eventuale bollo. A tale riguardo, il Fornitore si impegna a riportare nella fattura la dicitura riportata nell'Autorizzazione.

16. MODALITÀ DI FATTURAZIONE E LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI - ASSISTITI CIA

16.1 Per i sinistri aperti dai dipendenti, ex dipendenti e familiari CIA, riconoscibili dall'apposita indicazione nella presa in carico/proforma, le fatture andranno emesse in formato elettronico intestate a Unisalute. L'intestazione della fattura elettronica dovrà essere:

Ragione Sociale: UNISALUTE SPA
PARTITA IVA DI GRUPPO: 03740811207
CODICE FISCALE: 03843680376
SEDE: Via Larga 8 40138 Bologna
CODICE SDI: IRKA1JB

La fattura dovrà essere anonima (quindi senza indicazioni delle generalità dell'Assistito e/o delle prestazioni erogate) con indicazione del codice della presa in carico e caricata su cassetto fiscale di Unisalute. Tale fattura non dovrà essere rilasciata al paziente.

Se l'importo della fattura a carico UniSalute richiede l'applicazione del bollo, questo dovrà essere fatturato ad UniSalute. Qualora sia necessario fatturare una quota anche al paziente e questa quota prevedesse l'applicazione del bollo, quest'ultimo dovrà essere fatturato al paziente e rimarrà a suo carico.

Qualora ci fosse una quota sia a carico UniSalute che del paziente bisogna agire come di seguito indicato:

- Per la specialistica, occorre prima inserire i dati della fattura del paziente e poi la fattura elettronica intestata a UniSalute come spiegato nel manuale che trovate nella sezione del portale SUPPORTO - SPECIALISTICA - MANUALE SPECIALISTICA a pagina 39 del manuale.
- Per i ricoveri, occorre inserire in fase di fatturazione numero e data di entrambe le fatture

16.2 In caso di fattura errata di sinistri CIA:

- Se viene emessa fattura elettronica intestata a UniSalute per paziente NON dipendente CIA Unipol (quindi SENZA banner nella presa in carico), la fattura dovrà necessariamente essere stornata (emessa la nota di credito facendo attenzione a farla esattamente uguale in importo e dati alla fattura emessa erroneamente), dovrà essere rimessa una nuova fattura intestata al paziente con

nuova numerazione e occorrerà annullare la fattura su portale con apposito tasto e reinserirla con i dati corretti.

- Se viene emessa fattura elettronica intestata a UniSalute per pazienti dipendente CIA Unipol (quindi CON banner nella presa in carico), ma ci sono degli errori (intestazione, p.iva, c.f., importo, codice UNID,...), tale fattura dovrà essere stornata (emessa la nota di credito facendo attenzione a farla esattamente uguale in importo e dati alla fattura emessa erroneamente), riemessa la fattura corretta intestata a UniSalute con nuova numerazione e occorrerà annullare la fattura su portale con apposito tasto e reinserirla con i dati corretti.
- Se la fattura elettronica è emessa correttamente, ma sul portale indico il numero o data fattura con errori, occorrerà annullare la fattura su portale con apposito tasto e reinserirla con i dati corretti.

La mancata osservanza di quanto prima indicato, comporterà la sospensione del pagamento delle rispettive fatture e dei relativi termini di decorrenza e può comportare l'applicazione di Penali prevista dall'art. 8 del Contratto.

17. VERIFICA DELLO STATO DI PAGAMENTO

Il Fornitore potrà verificare lo stato di pagamento delle fatture emesse e segnalate come liquidabili, esclusivamente collegandosi al sito www.unisalute.it contenente i link: "Estratto Conto" e "Dettaglio dei Pagamenti".

In relazione alle fatture aventi le seguenti diciture: "pagamento sospeso" o "liquidate parzialmente", è necessario esaminare le motivazioni indicate per ciascuna posizione per verificare la sussistenza di validi impedimenti alla liquidazione da parte della Società. Per le pratiche non liquidabili per mancanza di documentazione è possibile allegare direttamente la documentazione mancante e richiesta ai fini liquidativi dalla funzione Estratto Conto.

Eventuali motivi di divergenza con la Società dovranno essere chiariti tempestivamente con la stessa attraverso i canali di comunicazione indicati al paragrafo 3 che precede.

Preventivo per ricovero chirurgico/dh chirurgico/intervento ambulatoriale

Su carta intestata della struttura

Preventivo n° _____ del _____

Egregio Signore/Gentile Signora (**COGNOME E NOME PAZIENTE**),
C.F. _____

Come da Sua richiesta,

Le sottoponiamo il preventivo per eseguire intervento in regime di solvenza

Codice DRG/ICD9 ICA _____ Intervento di _____

Necessario per la diagnosi di _____

Primo Operatore: Dott./Dott.ssa _____

Sono previsti n° _____ giorni di degenza.

| DRG | Descrizione Prestazione | Imponibile | % IVA | Imposta | Totale |
|-----|-------------------------|------------|-------|---------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Il presente preventivo ha una validità di 30 giorni.

Il paziente per accettazione

La struttura sanitaria

Preventivo per ricovero medico

Su carta intestata della struttura

Preventivo n° _____ del _____

Egregio Signore/Gentile Signora (**COGNOME E NOME PAZIENTE**),
C.F. _____

Come da Sua richiesta,

Le sottoponiamo il preventivo per ricovero medico in regime di solvenza

Codice DRG _____ descrizione _____

Necessario per la diagnosi di _____

Medico Responsabile del ricovero: Dott./Dott.ssa _____

Sono previsti n° _____ giorni di degenza.

| DRG | Descrizione Prestazione | Imponibile | % IVA | Imposta | Totale |
|-----|-------------------------|------------|-------|---------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Il presente preventivo ha una validità di 30 giorni.

Il paziente per accettazione

La struttura sanitaria

Preventivo per ricovero oncologico

Su carta intestata della struttura

Preventivo n.° _____ del _____

Egregio Signore/Gentile Signora (**COGNOME E NOME PAZIENTE**),
C.F. _____

Come da Sua richiesta,

Le sottoponiamo il preventivo per ricovero oncologico in regime di solvenza

Codice DRG _____ descrizione _____

Necessario per la diagnosi di _____

Medico Responsabile del ricovero: Dott./Dott.ssa _____

Sono previste complessivamente n° _____ sedute di chemioterapia secondo il seguente piano terapeutico

| Data Seduta | Imponibile per singola seduta | % IVA | Imposta | Totale |
|---------------|-------------------------------|-------|---------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Totale | | | | |

Il presente preventivo ha una validità di 30 giorni.

Il paziente per accettazione

La struttura sanitaria

INDICAZIONI AL FORNITORE IN RELAZIONE ALLE CORRETTE MODALITA' DI CALCOLO E APPLICAZIONE DELL'IVA SULLE PRESTAZIONI

(allegato aggiornato in base all'evoluzione normativa e fiscale)

Considerate le previsioni normative di cui al DPR 633/72 e le indicazioni fornite dalle Circolari dell'Agenzia delle Entrate, si riportano di seguito le corrette modalità di calcolo e applicazione dell'IVA sulle prestazioni erogate:

PER LE STRUTTURE SANITARIE ACCREDITATE CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

| | |
|---|---------------|
| Prestazioni di diagnosi e cura rese direttamente dal medico al paziente anche se il compenso è riscosso dalla clinica; art. 10, comma 1, n. 18), D.P.R. 633/72 | Esenti I.V.A. |
| Prestazioni di diagnosi e cura rese in regime ambulatoriale o di ricovero compresi e medicinali (ove fatturati congiuntamente), presidi sanitari e vitto: art. 10, comma 1, n. 19), D.P.R. 633/72 | Esenti I.V.A. |
| Prestazioni «accessorie» dirette al paziente (quali differenze di classe, prestazioni di maggior confort, telefono, noleggio TV ecc.): Tabella A, Parte III, n. 120) allegata al D.P.R. 633/72 | I.V.A. 10% |
| Prestazioni «accessorie» dirette agli accompagnatori del paziente (quali alloggio, vitto, altre prestazioni di maggior confort, bar, telefono, noleggio TV ecc.) | I.V.A. 10% |

PER LE STRUTTURE SANITARIE NON ACCREDITATE CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

| | |
|--|---------------|
| Prestazioni di diagnosi e cura rese direttamente dal medico al paziente anche se il compenso è riscosso dalla clinica): art. 10, comma 1, n. 18), D.P.R. 633/72 | Esenti I.V.A. |
| Prestazioni di diagnosi e cura rese in regime ambulatoriale compresi medicinali (ove fatturati congiuntamente) e presidi sanitari: art. 10, comma 1, n. 18), D.P.R. 633/72 | Esenti I.V.A. |
| Prestazioni di diagnosi e cura rese in regime di ricovero compresi medicinali (ove fatturati congiuntamente), presidi sanitari e vitto | I.V.A. 10% |
| Prestazioni «accessorie» dirette al paziente (quali differenze di classe, prestazioni di maggior confort, telefono, noleggio TV ecc.): Tabella A, Parte III, n. 120) allegata al D.P.R. 633/72 | I.V.A. 10% |
| Prestazioni «accessorie» dirette agli accompagnatori del paziente (quali alloggio, vitto, altre prestazioni di maggior confort, bar, telefono, noleggio TV ecc.) | I.V.A. 10% |

Firma per accettazione, ultima pagina di 17

APPENDICE TARIFFARIA

| | |
|---|--|
| AMBULATORIALE | |
| VISITE SPECIALISTICHE | Devono essere eseguite da professionisti laureati in Medicina e Chirurgia iscritti all'Albo dei Medici, pertanto le visite dietologiche non possono essere erogate da biologi. La specializzazione del medico che esegue la visita deve essere attinente alla patologia trattata. |
| PSICOTERAPIA | Le sedute di psicoterapia possono essere autorizzate solo a Psichiatri o Psicologi iscritti all'Albo di pertinenza, con anche specialità in psicoterapia. |
| PRESTAZIONI CON ESAMI ISTOLOGICI | Tutte le prestazioni che prevedono delle asportazioni che devono essere analizzate, non comprendono gli esami istologici. Questi sono elencati nella specialità ANATOMIA PATOLOGICA e devono essere convenzionati a parte. |
| PAP TEST/THIN PREP/TEST PER HPV | Gli esami di PAP Test, Thin Prep e Test per HPV sono previsti nel nomenclatore ICD9 nella specialità ANATOMIA PATOLOGICA. Sono da tariffare a parte rispetto alla visita ginecologica perché possono essere autorizzati anche singolarmente (non legati alla visita). |
| RICOVERO E CHIRURGIA AMBULATORIALE | |
| NOTE GENERALI | Non sono ammessi ricoveri motivati esclusivamente dalla necessità di effettuare accertamenti diagnostici che possono essere eseguiti con la stessa efficacia e sicurezza in regime ambulatoriale. Non sono altresì ammessi interventi di chirurgia plastica e/o trattamenti di carattere puramente estetico. |
| ICA (Interventi Chirurgia Ambulatoriale) | <p>Gli ICA, Interventi di Chirurgia Ambulatoriale, sono tutte le prestazioni previste nel nomenclatore ICD9. Gli ICA concomitanti sono previsti solo in caso di interventi bilaterali, o asportazione di neoformazioni in più sedi. Per gli ICA bilaterali o più sedi, dal secondo ICD-9 verranno autorizzati al 40%.</p> <p>Fanno eccezione i codici relativi alla correzione di vizi refrattivi che sono considerati monolaterali e in caso di bilateralità vengono pagati entrambi al 100%.</p> <p>Pacchetti Interventi Ambulatoriali comprendono</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le competenze mediche relative all'intervento e all'anestesia, compresa eventuale assistenza infermieristica; • gli esami diagnostici e visite della routine pre-operatoria, anche se effettuati in ambulatorio; • I controlli, le medicazioni, la rimozione dei punti post intervento e quant'altro necessario al completamento del trattamento (entro i 40gg); • La sala ambulatoriale o la sala operatoria dedicata; • Le strumentazioni; • I farmaci; • I materiali, compresi quelli monouso; • le protesi/endoprotesi, i materiali e i mezzi di sintesi impiantati, salvo diverse indicazioni specifiche; • L'eventuale I.V.A. nella misura di legge. <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli esami istologici <p>Pacchetti Endoscopie Comprendono</p> <ul style="list-style-type: none"> • le competenze per la prestazione medica e per l'assistenza infermieristica • la sala endoscopica dedicata • l'uso delle strumentazioni • i farmaci somministrati • i materiali utilizzati, compresi quelli monouso • la medicazione pre-endoscopica ed eventuale sedazione cosciente • l'eventuale I.V.A. nella misura di legge <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eventuali esami istologici (codificati a parte); • biopsia (quando non espressamente indicata nel codice ICD-9); • la sedazione endoscopica profonda (codificata a parte), quando effettuata. |
| | <p>Le tariffe degli interventi chirurgici si intendono valide per una degenza massima non superiore al valore soglia indicato per ciascuno nell'allegato tariffario. Oltre i giorni soglia, verrà applicata la tariffa giornaliera "extra soglia" comprendente tutte le spese delle giornate di degenza.</p> <p>Le tariffe in DH, comprendono anche l'eventuale notte passata in struttura dal paziente.</p> <p>Non sono previsti riconoscimenti di più DRG per interventi concomitanti. Verrà pertanto liquidato il DRG relativo all'intervento principale. Fanno eccezione solamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli interventi dove è prevista la bilateralità, dove il secondo codice verrà riconosciuto al 40%. Se gli interventi bilaterali vengono eseguiti durante il periodo dello stesso ricovero ma in giornate diverse, il 2° DRG viene ugualmente liquidato al 40%. <u>Unica eccezione</u> è rappresentata dalla bilateralità del codice 544 che è già prevista a nomenclatore nel <u>codice 471</u>. Gli interventi relativi ai seni nasali e paranasali o turbinati sono considerati già bilaterali, pertanto non sarà riconosciuto il secondo DRG al 40%. • gli interventi di mastectomia e ricostruzione mammaria nella stessa seduta operatoria, la tariffa della ricostruzione viene riconosciuta al 50% del valore tariffario concordato. <p>Le tariffe includono ogni prestazione necessaria per il completo trattamento della rispettiva patologia, per cui comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le competenze dell'intera equipe medica (chirurghi e anestesisti) per l'intervento e per l'assistenza in reparto • i controlli, le medicazioni, la rimozione dei punti post intervento e quant'altro necessario al completamento del trattamento (a titolo di esempio non esaustivo, rimozione di device non impiantati come gli stent ureterali o cateteri vescicali), anche se effettuato in ambulatorio (entro i 40gg); • la degenza, comprensiva di ogni tipo di assistenza paramedica e del posto letto eventualmente utilizzato dall'accompagnatore, per una durata massima pari al "valore soglia" indicato per ciascun intervento; • la sala operatoria, comprensiva del personale paramedico addetto; • le strumentazioni; • i farmaci; |

| | |
|--|---|
| <p>Interventi chirurgici in ricovero ordinario e DH (DRG)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • i materiali utilizzati, compresi quelli monouso; • gli accertamenti diagnostici e gli esami istologici effettuati durante il ricovero; • gli esami diagnostici e visite della routine pre-operatoria, anche se effettuati in ambulatorio; • le protesi/endoprotesi, i materiali e i mezzi di sintesi impiantati, salvo diverse indicazioni specifiche; • le emotrasfusioni, ovvero i costi per il "recupero sangue"; • gli esami istologici, salvo diversa indicazione; • l'eventuale terapia intensiva; • l'IVA nella misura di legge. <p>Le prestazioni quotate con apposito codice a parte (come uso robot, laser e varie altre prestazioni) sono da considerarsi aggiuntive rispetto al DRG appropriato al ricovero. Dovrà essere riscontrabile nella documentazione clinica l'uso di tali prestazioni.</p> <p>I DRG relativi al parto comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le competenze dell'intera equipe medica (chirurgica e anestesisti) per il parto e per l'assistenza in reparto sia per la madre che per il neonato; • i controlli, le medicazioni, la rimozione dei punti post intervento e quant'altro necessario al completamento del trattamento (a titolo di esempio non esaustivo, rimozione di device non impiantati come gli stent ureterali o cateteri vescicali), anche se effettuato in ambulatorio; • la degenza, comprensiva di ogni tipo assistenza paramedica e del posto letto per l'eventuale accompagnatore, per una durata massima pari al "valore soglia" indicato per ciascun intervento; • la sala operatoria, la sala travaglio e la sala parto, comprensive del personale paramedico addetto; • le strumentazioni; • i farmaci; • i materiali, compresi quelli monouso; • la diagnostica intraricovero; • gli esami diagnostici della routine pre-operatoria, anche se effettuati in ambulatorio; • le competenze del neonatologo; • le competenze dell'ostetrica; • il "baby service"; • l'eventuale culla termica; • le emotrasfusioni, ovvero i costi per il "recupero sangue"; • l'anestesia epidurale; • l'IVA nella misura di legge. |
| <p>Ricoveri medici (DRG)</p> | <p>Le tariffe includono ogni prestazione necessaria per il completo trattamento della rispettiva patologia, per cui comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le competenze dell'intera equipe medica comprese le visite specialistiche e per l'assistenza in reparto • la degenza, comprensiva di ogni tipo di assistenza paramedica e del posto letto eventualmente utilizzato dall'accompagnatore, per una durata massima pari al "valore soglia" indicato per ciascun intervento; • i farmaci; • gli accertamenti diagnostici e gli esami istologici effettuati durante il ricovero; • gli esami diagnostici e visite della routine pre-operatoria, anche se effettuati in ambulatorio; • le emotrasfusioni, ovvero i costi per il "recupero sangue"; • l'eventuale terapia intensiva; • l'IVA nella misura di legge. |
| <p>DH Oncologico per somministrazione terapia</p> | <p>Il codice relativo al DH oncologico per somministrazione di terapia chemioterapica o terapia di supporto è il 410. La tariffa non comprende i farmaci chemioterapici che sono tariffati a parte.</p> |
| <p>Ricoveri misti (valido sia per DRG che ICA)</p> | <p>Qualora il medico chirurgo (1° operatore) non fosse convenzionato e la polizza del paziente prevedesse la possibilità di ricovero misto, il DRG/ICA concordato verrà abbattuto della % concordata e la somma dell'equipe medica verrà rimborsata al paziente in forma indiretta per la sola equipe chirurgica (quindi 1° operatore ed eventuale secondo). Le spese per anestesista e altre visite mediche saranno considerate dentro il costo DRG/ICA.</p> |

| NOTE PARTICOLARI | |
|--|---|
| Protesi/endoprotesi custom made | Per queste protesi sarà liquidato il costo previa autorizzazione, dopo aver preso visione della fattura di acquisto. |
| Riabilitazione post intervento (in regime di ricovero) | <p>Qualora in fase di pre-ricovero fosse valutato necessario il ricovero riabilitativo post intervento (es. protesi d'anca) presso la stessa struttura, trasferendo il paziente in altro reparto con conseguente apertura di nuova cartella clinica, dovranno essere consegnati all'assistito due preventivi. Il primo per il ricovero chirurgico e l'altro per il ricovero riabilitativo. Quest'ultimo dovrà riportare le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data presunta di ricovero - nome del medico titolare del ricovero riabilitativo (anche se presunto) - codice DRG relativo. <p>In fase di valutazione del ricovero chirurgico, sarà valutata anche la copertura di quello riabilitativo e in caso questo sia coperto, verranno inviate due autorizzazioni distinte.</p> |
| Blefaroplastica | Questa prestazione viene autorizzata e rimborsata solamente se di natura funzionale e pertanto sarà necessario fornire certificazione specialistica oftalmologica e il referto di campo visivo che mostri una riduzione visiva >60% |
| ICA Cataratta/Correzione dei vizi di refrazione/Iniezioni intravitreali | <p>Per l'intervento di cataratta (codice ICD9 13.41.01 INTERVENTO DI CATARATTA -FACOEMULSIONAMENTO ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA LA TARIFFA E' COMPRENSIVA DI LENTE STANDARD, VISITE ED ESAMI PRE E POST INTERVENTO) la tariffa include le lenti standard. Altre tipologie di lenti/IOL sono previste nel nomenclatore ICD9 e devono essere convenzionate ex ante, al costo.</p> <p>L'uso di Femtolaser è riconosciuto a parte solo per la cataratta. Nelle prestazioni delle correzioni dei vizi refrattivi questo è già incluso nella prestazione principale.</p> <p>Per gli interventi di correzione di vizi refrattivi che prevedono l'inserzione di lenti fache/ICL, queste non sono comprese nella prestazione chirurgica, ma sono previste nel nomenclatore ICD9 e devono essere convenzionate ex ante, al costo.</p> <p>Per le iniezioni intravitreali il farmaco non è incluso nella prestazione principale (14.75 INIEZIONE INTRAVITREALE), ma le diverse tipologie sono previste nel nomenclatore ICD9 e devono essere convenzionate ex ante, al costo.</p> <p>Dovrà essere riscontrabile nella documentazione clinica l'uso di tali prestazioni.</p> |