

CHIARIMENTI N. 11-12-13

QUESITI:

N.11

Per non incorrere in contenziosi e interpretare in modo univoco il capitolato si propone di integrare le "DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO" a pag.2, le seguenti definizioni:

Case Manager: Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

Centrale Operativa: E' la struttura della Società costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza. La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Documentazione medica: Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Somma garantita: L'importo stabilito, negli specifici articoli di polizza relativi alla garanzia B.8 - Garanzia per stati di non autosufficienza, che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Massimale mensile: L'importo stabilito, negli specifici articoli di polizza relativi alla garanzia B.8 - Garanzia per stati di non autosufficienza, che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Massimale: L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

N.12

Per non incorrere in contenziosi, riteniamo opportuno integrare alcune definizioni riportate a pag. 2" DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO", nel seguente modo:

MALATTIA: Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi, con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

RICOVERO: La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

INTERVENTO CHIRURGICO: Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci.

N.13

Con riferimento all'art. A.2 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO, si chiede di poter integrare il concetto di "necessaria documentazione medica", con le modalità qui di seguito proposte, e ciò al fine di consentire a tutti gli Assicurati di poter fruire nel tempo più breve possibile delle prestazioni in copertura col piano sanitario:

- per ottenere il rimborso dell'indennità in caso di Ricovero con pernottamento di cui all'art. B.1, l'Assicurato/a dovrà inoltrare alla Società :
 - copia conforme all'originale della cartella clinica, completa di SDO (scheda di dimissione ospedaliera)
- in caso di prestazioni Extra-Ospedaliere, si intende che le garanzie possano essere operanti previo l'inoltro di:

- prescrizione del medico curante indicante la patologia presunta o accertata, con l'eccezione delle prestazioni di cui all'articolo "B. 10 PREVENZIONE (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO)" che non richiedono alcun quesito diagnostico
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanza mento
- certificato di Pronto Soccorso in caso di Infortunio
- Si intende inoltre che:
 - Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.
 - Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.
 - L'Assicurato la consentirà eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.
 - Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato

Si chiede cortese conferma delle modalità proposte.

RISPOSTA N.11,12,13:

NON SI PROCEDE ALL'INTEGRAZIONE DEL CAPITOLATO TECNICO DI GARA.

CHIARIMENTO N.14

QUESITO:

A pag. 5, all'art. A.6 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE, SI LEGGE: " Il contraente si riserva la facoltà, [...) di rinnovare il contratto per una durata pari a quella dell'iniziale appalto, [...)". Si chiede conferma che tale facoltà debba essere concordata con l'aggiudicataria.

RISPOSTA:

La facoltà del Contraente di rinnovare il contratto per un anno non deve essere preventivamente concordata con l'Aggiudicatario.

CHIARIMENTO N.15

QUESITO:

Con riferimento alla Sezione B - Oggetto dell'Assicurazione a pag. 7, si legge "[. ..) La copertura assicurativa, [...) rimborsa le spese sanitarie sostenute per: [...) ". Trattandosi di polizza di assicurazione per il rimborso delle spese mediche, si chiede conferma che la copertura sia operante in caso di malattia e di infortunio occorso durante l'operatività del contratto.

RISPOSTA:

Si conferma che la copertura è operante sia in caso di malattia che di infortunio.

CHIARIMENTO N.16

QUESITO:

A pag. 8, all'art. B.3 - Visite Specialistiche, si chiede cortesemente di confermare che la franchigia di €. 35,00 prevista nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e il minimo di €. 60,00 nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, si intendano applicati per ogni visita specialistica e non per ogni accertamento.

RISPOSTA:

Si conferma che la franchigia di euro 35,00 ed il minimo di euro 60,00 si intendono applicati per ogni visita specialistica.

CHIARIMENTO N.17

QUESITO:

In riferimento all'art. B.4 - Trattamenti fisioterapici Riabilitativi a seguito di malattia o infortunio, a pag. 8, si chiede cortese conferma che la garanzia debba intendersi non operante qualora i trattamenti fisioterapici siano effettuati presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

RISPOSTA:

Al fine dell'operatività della garanzia è unicamente necessario che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi siano prescritti da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitati in terapia della riabilitazione. Pertanto la garanzia si può intendere operante anche nei casi da Voi indicati.

CHIARIMENTO N.18

QUESITO:

A pag. 8, all'art. B.5 - Prestazioni Odontoiatriche (solo in convenzionamento diretto), si legge " ... Ticket rimborsati al 100% ... ". Dato che, in base al titolo del presente articolo, la garanzia è limitata al solo convenzionamento diretto, chiediamo di sapere a cosa si stia facendo riferimento con la voce " ticket" e se tale prestazione debba essere considerata in copertura in questa garanzia.

RISPOSTA:

Per Ticket si intendono Ticket del Servizio Sanitario Nazionale e pertanto tale garanzia deve intendersi in copertura.

CHIARIMENTO N.19

QUESITO:

Con riferimento alla garanzia Stati di NON Autosufficienza Temporanea di cui all'art. B.8, si chiede cortesemente di confermare le modalità qui di seguito indicate:

- Si intende che la garanzia non sarà operante qualora lo stato di non autosufficienza fosse riconosciuto "consolidato/permanente"
- per fruire della garanzia, sarà necessario inoltrare alla Società la seguente documentazione:

- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, indicandone esordio e termine. Il medico curante dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.
- resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein) .
- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Assicurato/a abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche. Rimane intesa la facoltà della Società a sottoporre l'Assicurato/a ad una o più visite medico legali e di chiedere eventuale documentazione sanitaria integrativa nel caso in cui ciò risultasse necessario.

RISPOSTA:

In merito alle modalità l'assicurato dovrà dimostrare lo stato di non autosufficienza mediante prestazione di apposita certificazione medica specialistica.

CHIARIMENTO N.20

QUESITO:

Si chiede conferma dell'interpretazione delle seguenti prestazioni previste all'art. B.10 - PREVENZIONE (SOLO IN CONVENZIONAMENTO DIRETTO):

- Ecg previsto una volta l'anno sia per gli uomini sia per le donne: si intende che l'elettrocardiogramma previsto, debba essere inteso a riposo
- ecodoppler arti inferiori previsto una volta ogni 2 anni sia per gli uomini sia per le donne: si intende che l'ecodoppler previsto, debba essere inteso: Eco- Color-Doppler Venoso Arti Inferiori

RISPOSTA:

Si conferma che per Ecg si intende Ecg a riposo - si conferma che per ecodoppler si intende Eco-Color-Doppler Venoso Arti inferiori

CHIARIMENTO N.21

QUESITO:

A pag. 11, all'art. C.2 - Esclusioni dall'assicurazione, al penultimo punto si chiede di integrare la corrispondente esclusione nel seguente modo:

- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

RISPOSTA:

Non si provvede all'integrazione dell'esclusione.

CHIARIMENTO N.22

QUESITO:

A pag. 14, all'allegato 1, si legge, in riferimento ai docenti e relativi famigliari: " " .soglia minima all'attivazione della copertura dei famigliari del 25% degli aderenti". Si chiede conferma che tale percentuale di adesione debba valere anche per i famigliari del personale tecnico amministrativo.

RISPOSTA:

Si conferma che la percentuale del 25% degli aderenti quale soglia minima all'attivazione della copertura assicurativa vale anche per i familiari del personale tecnico amministrativo, a tempo determinato e indeterminato; collaboratori ed esperti linguistici; personale dirigente dell'Università degli Studi di Pavia.

CHIARIMENTO N.23

QUESITO:

A pag.9 del Disciplinare di gara, alla lettera D) Prestazioni odontoiatriche, si legge: "Maggior Massimale per Prestazioni Odontoiatriche, rispetto a quello minimo indicato in polizza (pari a €. 180,00)...". Poiché nel capitolato a pag. 8 relativamente alle prestazioni odontoiatriche è previsto un massimale di €. 350,00, chiediamo quale dei due massimali debba essere ritenuto valido come massimale minimo di polizza.

RISPOSTA:

Si precisa che il massimale di euro 180,00 indicato a pag. 9 lett. D) del Disciplinare di Gara è da considerare un refuso rispetto a quello di euro 350,00 indicato al punto B.5 del Capitolato tecnico di gara e all'Allegato E Offerta Tecnica. Pertanto euro 350,00 è da ritenere quale massimale di polizza.

CHIARIMENTO N.24

QUESITO:

A pag. 9 del Disciplinare di gara, alla lettera E) Garanzia per stati di non autosufficienza, si fa riferimento all'art. B.7, chiediamo conferma si tratti di un refuso e che l'articolo corretto a cui fare riferimento sia il B.8.

RISPOSTA:

Si conferma che trattasi di refuso. L'articolo di riferimento è il B.8.