

GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER IL SERVIZIO ASSICURATIVO DI ASSISTENZA SANITARIA A FAVORE DEI DIPENDENTI DEL CNR PER LA DURATA DI 12 MESI CON ULTERIORE RINNOVO DI ULTERIORI 12 MESI CIG 7989863387

PROGETTO TECNICO

INDICE

Premessa.....	Pag. 2
A) CENTRI CONVENZIONATI	
A/1 numero complessivo, alla data del bando, dei convenzionamenti diretti distribuiti su tutto il territorio nazionale, superiore al requisito minimo	Pag. 2
A/2 sussistenza di convenzionamenti all'estero:	Pag. 7
A/3 Numero complessivo, alla data del bando, dei convenzionamenti diretti in Strutture Pubbliche distribuite su tutto il territorio nazionale per prestazioni in regime di libera professione intramuraria	Pag. 7
A/4 Numero complessivo di operatori in call center che opera esclusivamente nella Gestione di polizze sanitarie	Pag. 8
A/5 Call center contestuali	Pag. 10
A/6 Numero di sinistri malattia aperti nell'annualità 2012	Pag. 10
B) RIMBORSI E CONDIZIONI MIGLIORATIVE	
B/7 Tempi di rimborso	Pag. 10
B/8 Disponibilità di una rete di Centri Odontoiatrici	Pag. 10
B/9 Liquidazione dei sinistri tramite documentazione in copia	Pag. 10
B/10 Servizio di consultazione telematica dei sinistri	Pag. 10
B/11 Servizio di prenotazione telematica delle prestazioni	Pag. 12
B/12 Aumento del massimale visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici per anno assicurativo e per ciascun componente del nucleo familiare	Pag. 20
B/13 Aumento del massimale per cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia.....	Pag. 20
B/14 Aumento delle rette di degenza per ricovero.....	Pag. 20
B/15 Aumento del massimale per cure per malattie oncologiche effettuate mediante servizio Sanitario Nazionale o mediante strutture sanitarie o medici convenzionati, per nucleo familiare da intendersi come massimale aggiuntivo a quanto già previsto alla Sez. B, punto 1 del Capitolato tecnico..	Pag. 20
B/16 Prenotazione da parte della Società, dietro richiesta dell'assicurato, delle prestazioni sanitarie da effettuarsi presso i centri convenzionati	Pag. 20
B/17 Polizza integrativa ad adesione volontaria a carico dell'assicurato	Pag. 20
B/18 Possibilità di effettuare prestazioni non coperte dalla polizza o in caso di esaurimento massimale presso le strutture appartenenti alle network della Società alle tariffe scontate riservata agli assicurati.....	Pag. 21

Premessa

RBM Assicurazione Salute (di seguito anche RBM Salute) nell'ambito della gara per l'affidamento del servizio assicurativo di assistenza sanitaria a favore dei dipendenti del CNR (CIG 7989863387), come previsto dal Disciplinare di Gara, presenta il seguente Progetto Tecnico.

Il contenuto del presente documento è articolato in conformità all'art. 23 "CRITERI DI VALUTAZIONE DELL'OFFERTA TECNICA" del Disciplinare di gara e rispetta i requisiti minimi previsti dal capitolato.

Le caratteristiche salienti del servizio offerto possono essere riepilogate come segue:

- rispetto dei requisiti minimi richiesti dalla disciplina di gara e di tutte le previsioni in essa previste;
- gestione scrupolosa e puntuale delle esigenze dell'Assicurato (soluzione "managed care");
- fornitura di un ampio network di strutture convenzionate, capillarmente diffuso nel territorio nazionale;
- disponibilità a integrare il Network in base alle esigenze degli Assicurati e dell'Ente, riferite sia alla distribuzione sul territorio sia alla tipologia delle strutture stesse;
- Help Desk/Centrale Operativa dedicati attivi h 24, 365 giorni l'anno, festivi inclusi.
- Contatti (telefono e mail) dedicati;
- Rimborsi e prestazioni in assistenza diretta on-line (area riservata e/o app mobile).

Come previsto dal Disciplinare di gara (integrato dal chiarimento della stazione appaltante n. 96) si riporta a seguire l'elenco dei responsabili\referenti di area coinvolti nell'esecuzione del servizio:

AREA	NOMINATIVO	CARICA
Legale Rappresentanza	Marco Vecchietti	Amministratore Delegato e Direttore Generale
Gestione relazioni con CNR	Antonio Candido	Account Manager
Gestione Sinistri	Stefania Montanari	Responsabile Ufficio Sinistri
Centrale Operativa	Loris Andreol	Responsabile Centrale Operativa
Gestione Underwriting	Alessandra Trabucco	Responsabile Underwriting
Gestione Portafoglio	Rosanna Mariano	Responsabile Gestione Portafoglio
Area Amministrazione e Finanza	Enrico Tegon	Responsabile Area Amministrazione e Finanza
Area Tecnica	Giuliano Piovesan	Direttore Attuariato
Area Commerciale	Antonio Candido	Referente Commerciale
Area IT	Alessandro Giacomini	Responsabile Servizi IT

A) CENTRI CONVENZIONATI

A/1 numero complessivo, alla data del bando, dei convenzionamenti diretti distribuiti su tutto il territorio nazionale, superiore al requisito minimo

RBM Salute ritiene che il network di convenzioni sia una delle componenti principali per poter garantire una copertura di qualità e per gestire correttamente i rischi assunti.

È riconosciuta agli Assicurati la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da RBM Salute con pagamento diretto alle strutture convenzionate da parte della Compagnia dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o eccedenze di massimali che rimangono a suo carico. La Centrale Operativa, resa disponibile in virtù dell'avvalimento a Previmedical S.p.A., garantirà la costante accessibilità al network di strutture convenzionate tramite un portale web dedicato, nonché mediante un numero verde dedicato al personale dipendente del Centro Nazionale delle Ricerche, operante 7 giorni su 7, 24 ore su 24, in tutti i giorni dell'anno (festivi inclusi) per qualsivoglia tipologia di prestazione, anche non di emergenza.

Al di là dell'ampio numero di strutture convenzionate il reale punto di forza del Network reso disponibile da RBM Salute è rappresentato dal numero molto elevato di équipe chirurgiche e di medici specialisti operanti all'interno della rete. L'Assicurato potrà essere supportato dalla Centrale Operativa nella scelta delle strutture convenzionate potendo ricevere sia telefonicamente che online tutte le informazioni delle strutture aderenti al circuito. Inoltre, la Centrale Operativa può fornire all'Assicurato un'informazione sempre aggiornata sul network convenzionato. In sintesi, le caratteristiche salienti del servizio possono essere riepilogate come segue:

- rispetto dei requisiti minimi previsti dal Disciplinare di gara;
- fornitura di un ampio network proprietario di strutture convenzionate, capillarmente diffuso nel territorio nazionale
- controllo su base semestrale delle strutture convenzionate ai fini del rispetto e mantenimento degli standard qualitativi
- disponibilità a valutare richieste di integrazioni del Network in base alle esigenze degli Assicurati, riferite sia alla distribuzione sul territorio sia alla tipologia delle strutture stesse
- pagamento per le Strutture ed i professionisti convenzionati.

Il numero complessivo dei convenzionamenti sul territorio nazionale è oltre 3.000. La rete si compone di:

- 340 Strutture per ricoveri notturni e diurni
- 2817 Strutture per visite specialistiche e/o diagnostiche e/o terapeutiche e/o fisioterapiche/studi medici
- 71737 medici operanti in strutture convenzionate
- 5408 centri odontoiatrici (12761 dentisti)

A/1a Precisazioni in merito al Network di convenzioni

La soluzione proposta da RBM Salute consente l'accesso ad un network di comprovata qualità, una gestione scrupolosa e puntuale delle esigenze dell'Assicurato (soluzione "managed care"), nonché la possibilità per l'Assicurato di accedere nell'ambito del network alle migliori strutture sanitarie operanti a livello nazionale. Il processo di selezione e convenzionamento delle strutture sanitarie facenti parte del network inoltre garantisce il pieno rispetto degli standard medici previsti a livello internazionale e ne monitora la persistenza per ciascuna struttura.

In ragione degli elevati volumi gestiti, RBM Salute è in grado di mettere a disposizione dell'Assicurato un network altamente qualificato e caratterizzato da tariffe estremamente competitive.

A/1b Capacità espansiva del network e tempistica

RBM Salute dispone del più ampio network di strutture sanitarie convenzionate attualmente operante sul territorio italiano.

Tuttavia, RBM Salute si rende sin d'ora disponibile a potenziare ulteriormente la propria rete di strutture sanitarie, avuto particolare riguardo alle esigenze manifestate dagli Assicurati e dalle Aziende di appartenenza degli stessi al fine di agevolare la prossimità della rete rispetto alle esigenze degli aderenti.

Nell'ambito di tale attività, la consulenza medica coadiuva l'Ufficio Convenzioni identificando le strutture idonee a garantire una maggiore presenza in una determinata area geografica o valutando preliminarmente le eventuali segnalazioni ricevute dai clienti.

Rispetto a ciascuna ulteriore proposta di convenzionamento di nuove strutture RBM Salute si impegna sin d'ora a garantire, entro 15 giorni dalla ricezione della segnalazione, una conferma sulla possibilità di finalizzare un nuovo accordo di convenzione con l'ente candidato.

A/1c Metodologie di convenzionamento

La policy gestionale del network RBM Salute è da sempre stata incentrata sul perseguimento dei seguenti obiettivi:

- competitività delle tariffe
- capillarità territoriale
- disponibilità delle strutture all'adesione ad un protocollo di certificazione
- disponibilità delle strutture a consentire la gestione di audit periodici da parte di RBM Salute
- ampiezza del numero di equipe convenzionate
- dinamicità (estensibilità, modularità)
- presenza di strutture di eccellenza

RBM Salute dispone attualmente di un network di convenzioni molto ampio. Pertanto, l'attuale implementazione delle convenzioni è collegata prevalentemente a due fattori: l'apertura di nuove strutture e la segnalazione da parte degli Assicurati. In ogni caso viene altresì costantemente effettuato un monitoraggio sulle principali banche dati di settore (a partire da quella del Ministero della Salute) per disporre delle informazioni necessarie per valutare al meglio l'evoluzione nell'offerta privata e nell'offerta pubblica in convenzione presente sul territorio.

Lo sviluppo, la gestione e l'ampliamento della rete convenzionata è tuttavia sottoposto ad un preciso protocollo operativo volto a garantire, al di là della disponibilità all'applicazione del tariffario adottato dalla Compagnia, l'applicazione di standard qualitativi coerenti con la policy assuntiva del network.

In particolare il protocollo assuntivo messo in atto dall'Ufficio Convenzioni è articolato nelle seguenti valutazioni:

a) Qualità dell'organizzazione del servizio:

- Livello di servizio erogato
- Tipologia di offerta
- Organizzazione del servizio
- Reputazione della struttura sanitaria
- Qualità delle competenze professionali applicate

b) Equilibrio economico – finanziario

- Equilibrio economico
- Equilibrio finanziario

c) Qualità della struttura e delle dotazioni tecnologiche

- Presenza nel data base del ministero della salute
- Accredimento S.S.N.
- capacità di assorbimento
- valutazione delle dotazioni tecnologiche

d) Valutazioni geografico territoriali

- Indice di saturazione della domanda nell'area geografica di competenza
- Eventuali referenze ricevute
- Disponibilità all'integrazione nella rete di primo soccorso o di prossimità territoriale

Il rispetto scrupoloso di tale protocollo garantisce una puntuale ricognizione delle strutture identificate per il convenzionamento e consente, altresì, di porre le basi per le successive attività di audit che saranno gestite a partire dal primo trimestre successivo al convenzionamento con cadenza almeno annuale.

La procedura di convenzionamento è articolata in due fasi: a) la prima di censimento della struttura attraverso un questionario di valutazione quali-quantitativa; b) la seconda di riscontro effettivo dei parametri forniti dalla struttura da parte di un team ispettivo mediante accesso in loco; c) la terza di negoziazione e stipula dell'accordo. Il tempo medio di chiusura complessivo delle 3 fasi è di 20 giorni.

Il convenzionamento viene effettuato utilizzando il tariffario “master” adottato dalla compagnia che viene aggiornato su base annuale dalla struttura di consulenza medica al fine di recepire tempestivamente le innovazioni tecnologiche e scientifiche sopravvenute e di focalizzare al meglio le tariffe applicate in funzione della frequenza delle prestazioni dei clienti.

L’obiettivo è mantenere un efficiente equilibrio tra un elevato livello qualitativo delle prestazioni sanitarie ed un attento controllo dei costi.

La rete convenzionata è stata sviluppata su un tariffario di prestazioni molto ampio (oltre 90.000 prestazioni), codificato in base allo standard internazionale ICD – 9 – CM, al fine di poter rispondere alle diverse esigenze dei numerosi clienti serviti. La logica che ha guidato il lavoro è stata quella di creare un tariffario esteso e modulare, nella consapevolezza che non tutte le strutture/professionisti convenzionati sono in condizione di effettuare tutte le prestazioni e con l’obiettivo di poter presentare ai propri clienti un pannello di strutture che garantiscano ai loro Assicurati il maggior numero di prestazioni possibili. Riguardo ai valori per le singole prestazioni si sono individuati valori che, correlati a prezzi medi di mercato che tengano conto delle notevoli quantità di Assicurati e prestazioni gestiti attraverso la rete convenzionata. Nella determinazione dei predetti valori, si è tenuta presente la necessità di assorbire anche gli spread di tariffa sintetizzando le ben note sperequazioni territoriali presenti in questo settore, nonché la presenza di cliniche di “eccellenza” che presentano tariffe sensibilmente più alte rispetto alla media di mercato.

Importante sottolineare che il tariffario adottato è costantemente sottoposto a revisione ed aggiornamento da parte del team di specialisti medici incaricati del controllo costi, con l’obiettivo di renderlo allineato al trend di crescita delle tipologie di prestazione maggiormente diffuse presso i Fondi gestiti.

A/1d Durata delle convenzioni

Lo standard contrattuale prevede una durata a tempo indeterminato con facoltà unilaterale di recesso a favore di RBM Salute nei confronti della struttura convenzionata.

A/1e Modalità di rinnovo

Su base annuale RBM Salute effettua la rinegoziazione delle tariffe in essere con le strutture convenzionate. L’attività di negoziazione è finalizzata ad ottimizzare il rapporto tra prezzo di acquisto e qualità delle prestazioni offerte tenuto conto del costante evolversi del portafoglio clienti e della conseguente oscillazione nella quantità delle prestazioni gestite all’interno di una determinata area geografica. L’attività di rinnovo si alimenta sulla base del lavoro svolto dal team ispettivo durante tutto l’anno finalizzato a monitorare i seguenti parametri:

- ranking della struttura (è gestito un sistema interno di valutazione delle strutture che è alla base delle politiche tariffarie attuate con ciascun centro)
- customer satisfaction
- posizionamento delle tariffe applicate dalla struttura rispetto ad una serie di tariffari/parametri di riferimento (quali ad es. DRG nazionale e regionali, tariffario ministero della salute, dati rilevati dalle principali associazioni di categoria, dati storici, dati di mercato) al fine di rilevare la congruità dei prezzi praticati all’interno dell’area territoriale di riferimento.

A/1f Monitoraggio costi

La struttura di specialisti incaricata di monitorare il controllo medio dei costi in rete analizza costantemente i costi applicati all'interno della rete ed effettua una ricognizione comparativa con i dati risultanti dai predetti principali parametri indice presi a riferimento. L'analisi effettuata con metodologie qualitative e quantitative consente di rilevare la coerenza dei costi all'interno della rete ed il livello di risparmio garantito ai clienti rispetto alle tariffe riferibili ai valori indice. In particolare il protocollo di controllo messo in atto dagli specialisti della consulenza medica è articolato nei seguenti macrocontrolli:

- a) *Controllo di congruità dei tariffari*
- b) *Verifica costo medio in rete*
- c) *Controllo di ammissibilità ed adeguatezza*
- d) *Controllo costo massimo*

Obiettivo del protocollo di controllo è in primo luogo quello di individuare le strutture che presentano, in ragione della frequenza e del volume delle prestazioni gestite, dei prezzi convenzionati non allineate con gli obiettivi di riduzione dei costi oggetto della politica tariffaria di RBM Salute.

Inoltre, il monitoraggio dei costi consente di verificare costantemente l'andamento dei costi medi osservati nella rete, fornendo indicazioni sulla necessità di rinegoziare quelle prestazioni che anno su anno assumono una maggiore rilevanza quantitativa sul totale delle prestazioni autorizzate.

Da ultimo, l'attività svolta dal team di specialist medici consente a RBM Salute di aggiornare, anche in funzione delle innovazioni tecnologiche introdotte in ambito scientifico e del mutare dei protocolli sanitari, il proprio tariffario di riferimento andando ad individuare quelle prestazioni che allo stato risultano di maggiore interesse per i propri clienti.

Attraverso tale azione costante e continuativa di interlocuzione con le strutture RBM Salute è in grado di mantenere in efficienza la base tariffaria del network convenzionato, allineando l'attività di convenzionamento all'evoluzione della domanda di prestazioni da parte degli Assicurati.

A/2 sussistenza di convenzionamenti all' estero:

RBM Assicurazione Salute ha la possibilità di far accedere gli assicurati ad una rete di strutture sanitarie convenzionate con copertura totale a livello mondiale, in virtù di apposito contratto previsto dall'art. 105, comma 3, c-bis del D.lgs. 50/2016 ss.mm..

A/3 Numero complessivo, alla data del bando, dei convenzionamenti diretti in Strutture Pubbliche distribuite su tutto il territorio nazionale per prestazioni in regime di libera professione intramuraria

Nell'ambito del network reso disponibile da RBM Salute sono presenti 15 Strutture pubbliche dislocate sul territorio nazionale.

A/4 Numero complessivo di operatori in call center che opera esclusivamente nella Gestione di polizze sanitarie

Il numero complessivo di operatori in call center (in virtù di avvalimento a Previmedical S.p.A.) che opera esclusivamente nella gestione di polizze sanitarie è oltre 200.

La struttura è operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi, ed è in grado di assorbire volumi molto significativi.

A/4a Canali di dialogo con la Centrale Operativa

Sono previsti quattro distinti canali di dialogo con la Centrale Operativa:

- telefonico
- web
- app mobile

A/4b Informazioni ed assistenza

E' messo a disposizione degli Assicurati anche un servizio informativo e di assistenza dedicato, articolato a livello organizzativo in tre livelli di assistenza in ragione della complessità delle risposte da fornire e della policy aziendale in materia di trattamento dei dati personali e sensibili.

Gestione del contatto di primo livello

Il servizio di assistenza di I° livello consente di fornire il seguente supporto:

- fornitura di informazioni di carattere generale o comunque connesse alle regole della copertura assicurativa
- assistenza agli associati nell'utilizzo degli strumenti web
- assistenza in caso di smarrimento password
- informazioni sulla posizione dell'Assicurato
- Customer Service

Il servizio viene gestito tramite il sistema di Interactive Voice Response (IVR): all'aderente che ha composto il numero telefonico dedicato risponde una guida vocale preregistrata che lo invita a digitare sulla tastiera del telefono un'opzione numerica corrispondente al tipo di assistenza richiesta; la risposta viene fornita da un operatore o da una guida vocale in base al tipo di scelta effettuata.

In questo modo viene effettuato un primo screening delle richieste del chiamante ed è possibile minimizzare i tempi di attesa attraverso una costante ripartizione dei carichi in funzione della disponibilità delle risorse dedicate.

Il supporto informativo agli Assicurati, inoltre, viene gestito anche attraverso l'utilizzo di una mail box dedicata. Al fine di garantire una gestione puntuale il Call Center si avvale dello strumento del «Form Mail»: l'aderente che intenda inviare una e-mail di richiesta informazioni deve accedere al portale web ed entrare nell'apposita sezione dedicata a Call Center /contatti. Una volta entrato in tale sezione, l'aderente deve compilare dei form con alcuni dati necessari all'identificazione dell'utente e con il contenuto della richiesta.

Anche in questo caso finalità dello strumento è quella di ottimizzare i tempi di risposta degli operatori consentendo loro di lavorare su istanze classificate ex ante in ragione degli argomenti trattati e riducendo in ultima istanza i tempi di elaborazione.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia optato per il servizio telefonico, l'individuazione dell'ambito del quesito è rimessa alla scelta dell'iscritto mediante la digitazione sulla tastiera del telefono dell'opzione numerica fornita dalla guida vocale e corrispondente al tipo di assistenza richiesta.

La risposta viene fornita da un operatore in base alla tipologia del quesito.

Nel caso in cui l'associato abbia optato per il servizio e-mail, il quesito avanzato dall'aderente viene smistato attraverso i filtri impostati sul sistema di form mail (organizzati per argomento, lunghezza del quesito, provenienza etc) tra la struttura di assistenza di I° e quella di II° livello.

Il quesito viene analizzato dal livello di assistenza competente in base alla natura del quesito. In ogni caso il riscontro al quesito viene fornito con una comunicazione e-mail.

Gestione del contatto di secondo livello

Qualora l'operatore non sia in grado di fornire una risposta immediata nell'ambito dell'assistenza di I° livello, informa l'aderente che sarà ricontattato entro il giorno successivo tramite telefono o e-mail. Tale richiesta sarà quindi inoltrata al back office del Call Center che fornirà il riscontro all'operatore al fine di ricontattare l'utente. Le richieste di assistenza telefonica che l'operatore non sia in grado di evadere immediatamente in quanto richiedano una trattazione più approfondita vengono registrate in un documento elettronico; tale documento viene immediatamente inviato ad un indirizzo preposto, al fine di essere gestito dal servizio di assistenza di II° livello.

Nel caso in cui l'associato abbia optato per il servizio e-mail ed il servizio di assistenza di I° livello non sia in grado di evadere il quesito formulato, l'assistenza di II° livello si attiva per predisporre un riscontro all'Assicurato che sarà trasmesso al medesimo da un operatore di I° livello.

Gestione del contatto di terzo livello

Il servizio di assistenza di III° livello si occupa principalmente:

- della risposta a quesiti complessi non evasi dal II° livello
- del servizio di informativa sullo stato delle pratiche di rimborso e sui massimali residui da poter usufruire.

Le attività di III° livello sono svolte direttamente dal back office del Call Center solo ed esclusivamente previo espletamento da parte del personale di una procedura di identificazione mediante la richiesta della Password ed UserId propria di ciascun Assicurato.

Disponibilità applicativi di c.r.m. (customer relationship management)

Tutte le attività gestite dal Call Center andranno ad alimentare il sistema di c.r.m. (customer relationship management) al fine di consentire una mappatura costante dei temi di maggiore interesse per gli Assicurati e la conseguente allocazione delle risorse dedicate.

Il sistema di c.r.m. garantisce un censimento completo di tutte le informazioni del chiamante, consentendo quindi la completa gestione dell'Assicurato da parte della struttura. Attraverso un workflow automatizzato, gli operatori del Call Center sono, altresì, coinvolti nello svolgimento delle attività di outbound (richiamata all'esterno) in ragione di un meccanismo di ripartizione ottimale dei carichi di lavoro.

Il sistema di c.r.m. consente, altresì, al Cliente di accedere ad una reportistica periodica (frequenza minima giornaliera) attraverso la quale potrà monitorare l'andamento dell'attività, le chiamate gestite riclassificate per argomento, il livello di soddisfazione dei propri Assicurati.

Orari di fruibilità

Il servizio di Centrale Operativa sarà disponibile 365 giorni l'anno, inclusi sabati, domeniche e festività nazionali, 24 ore su 24 per qualsivoglia tipologia di prestazione, anche non di emergenza.

Possibilità di riascolto telefonate registrate

L'infrastruttura tecnologica consente alla Centrale Operativa di avvalersi di un sistema di registrazione automatizzato delle chiamate, compliant con le disposizioni normative in materia di privacy. Tale infrastruttura consente l'archiviazione ed il salvataggio su appositi nastri di back up di tutte le chiamate ricevute in ingresso o gestite in outbound. Le chiamate registrate, alle quali viene associato un codice univoco per l'abbinamento alla posizione individuale dell'Assicurato, sono consultabili, in caso di reclamo/contestazione da parte del Cliente a seguito di richiesta in tal senso.

A/5 Call center contestuali

Nel call center sono presenti oltre 100 operatori contestuali.

A/6 Numero di sinistri malattia aperti nell'annualità 2012

Nell'annualità 2012 sono stati denunciati ad RBM Salute 405.430 sinistri relativi al ramo malattia.

B) RIMBORSI E CONDIZIONI MIGLIORATIVE

B/7 Tempi di rimborso

Il tempo di rimborso offerto è entro 15 giorni.

B/8 Disponibilità di una rete di Centri Odontoiatrici

RBM Salute rende disponibile un network di strutture odontoiatriche capillarmente diffuso sul territorio nazionale composta da 5408 centri odontoiatrici (12761 dentisti).

B/9 Liquidazione dei sinistri tramite documentazione in copia

RBM Salute garantisce la propria completa disponibilità a dar seguito ai pagamenti attraverso la trasmissione della documentazione medica e di spesa in fotocopia (no originali).

B/10 Servizio di consultazione telematica dei sinistri

RBM Salute garantisce la propria completa disponibilità a ricevere le richieste di rimborso da parte degli Assicurati direttamente on line, con trasmissione della documentazione medica e di spesa in formato elettronico (per l'inserimento on-line delle richieste di prestazioni in assistenza diretta si rinvia al paragrafo successivo).

A tal fine RBM Salute si rende disponibile a fornire un portale web dedicato per l'acquisizione on line delle richieste di rimborso direttamente da parte dagli Assicurati.

Nel portale web ciascun Assicurato potrà, attraverso la funzione di compilazione on-line della domanda di rimborso, richiamare la propria anagrafica sul modulo di richiesta e procedere all'inserimento della/e

prestazione/i richiesta/e attraverso un menù guidato che gli consentirà di navigare all'interno del Piano Sanitario, nonché allegare la scansione della relativa documentazione medica e di spesa.

Tale portale offre un nuovo modo di fornire informazioni, in modo tempestivo ed efficace, sfruttando la rete Internet come canale di comunicazione e basandosi su di una infrastruttura tecnologica di elevata qualità che consiste in:

- connessione Internet ad elevata velocità;
- sistema di firewall multilivello per garantire la sicurezza dei database aziendali;
- tecnologia di distribuzione di informazioni che può utilizzare algoritmi forti di crittografia per garantire la riservatezza dei dati;
- accesso subordinato ad autenticazione (per garantire la sicurezza e riservatezza dell'accesso ai dati vengono impiegati filtri di accesso alle informazioni, sottoponendo ad autenticazione gli utenti mediante un meccanismo di tipo utente – password).

La funzionalità di richiesta di rimborso on-line prevede l'effettuazione automatizzata di una serie di controlli formali e di merito sui dati inseriti dall'Assicurato. Infatti, il portale, oltre ad effettuare un controllo di completezza, effettua altresì dei controlli di congruità pre liquidativa in base alle regole proprie del piano sanitario, al fine di garantire all'Assicurato l'inserimento di richieste processabili dall'Ufficio Liquidazioni. Tutte le pratiche di rimborso on-line inserite nel portale sono direttamente acquisite nel sistema liquidativo di RBM Salute e processate.

A seguire si riportano delle schermate esemplificative di alcune delle funzionalità interattive rese disponibili dal concorrente.

1. Inserimento di richieste di rimborso

The screenshot shows a web interface for requesting a reimbursement. It features several sections:

- Data fattura:** 01/05/2015
- Tipologia:** Spese in seguito ad un intervento, **Accertamenti diagnostici e visite**, Odontoiatria, Fisioterapia, Prevenzione, Lenti, Non autosufficienza.
- Prescrizione:** Patologia: SOSPETTA FRATTURA; Prestazione prescritta: RX GAMBA; Data prescrizione: 28/04/2016; Tipo ricetta: RICETTA ROSSA, RICETTA BIANCA; Numero prescrizione: 123313; Medico prescrizione: DOTT. BIANCHI.
- Tipo esame:** ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO, VISITE, ESAME DI LABORATORIO.
- Tipologia prestazione:** ECOGRAFIA, RMN, TAL, **RX**, MAMMOGRAFIA, MDC, MEDICINA NUCLEARE, DOPPLER, ECG, ENDOSCOPIA.

2. Consultazione e monitoraggio

Le pratiche sono raggruppate per anno e presentano un indicatore di stato

Il differente colore della tessera sta ad indicare prestazioni erogate in forma diretta o a rimborso

Le pratiche con indicatore rosso presentano delle anomalie. Con doppio click si ottiene il dettaglio della pratica

RICHIESTA DI RIMBORSO

PRESTAZIONE
TICKET VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, ANALISI E TERAPIE

IMPORTO
45,89 €

LIQUIDATO
0,00 €

BENEFICIARIO
ROSSI MARIO

BENEFICIARIO RIMBORSO
ROSSI MARIO

CODICE
DW56-2015-336148

STATO
Respinta

MOTIVO RESPINGIMENTO
Le visite e gli accertamenti diagnostici di controllo e prevenzione non sono rimborsabili.

B/10a Archivio web rimborsi (per visualizzazione status pratiche) on-line

Attraverso le pagine dinamiche realizzate ed aggiornate da RBM Salute, l'Assicurato potrà verificare la propria situazione individuale. In particolare saranno disponibili:

- posizione individuale di ciascun iscritto, incluse le informazioni relative al conto corrente indicato per l'accredito dei rimborsi, codici fiscali, massimali residui annui, etc.
- pratiche in corso di rimborso (data ricezione, data lavorazione, stato, etc.).

Per ogni rimborso effettuato dalla Compagnia, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso
- tipologia prestazione medica
- totale rimborso.

B/11 Servizio di prenotazione telematica delle prestazioni

RBM Salute è in grado di consentire agli Assicurati di effettuare con modalità telematiche una preattivazione della prestazione sanitaria da ricevere in regime di assistenza diretta, accedendo alla propria area riservata. L'Assicurato avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca

della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assicurato deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.

Sarà possibile per l'utente perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'Assicurato. Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assicurato potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte della rete, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione dedicata. A questo punto l'Assicurato, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

B/11a Archivio web per la visualizzazione on-line dei documenti medici e di spesa

All'interno della propria area riservata, l'Assicurato potrà visualizzare oltre che i dettagli relativi alle pratiche di rimborso di cui al precedente paragrafo, anche la relativa documentazione medica e di spesa. La predetta documentazione giustificativa potrà anche essere stampata.

B/11b App mobile

A tutti gli Assicurati è data la possibilità di utilizzare le funzionalità dell'Area Iscritti del sito web dedicato al Piano Sanitario direttamente dal telefono cellulare o dal tablet (dispositivi Android, IOS-Apple).

Infatti, tramite la app "Citrus®" è possibile in modo semplice ed immediato richiedere l'autorizzazione per le prestazioni dirette (in Network) senza necessità di contattare la Centrale Operativa e di inserire le proprie domande di rimborso.

Peraltro attraverso l'utilizzo della fotocamera del proprio dispositivo mobile è possibile allegare con la massima facilità la documentazione medica e di spesa necessaria per l'erogazione delle prestazioni.

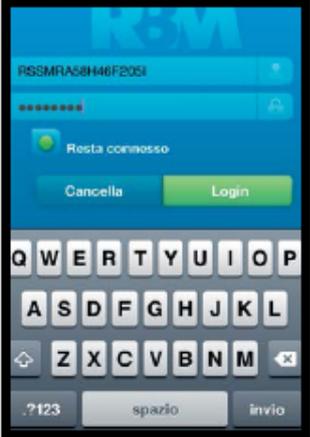
La app, inoltre, consentirà di verificare in tempo reale lo stato delle proprie pratiche e di verificare eventuali anomalie.

Per installare l'App è sufficiente effettuare una ricerca su Play Store (Android) o Apple Store (IOS) con la parola chiave "RBM Salute", e scaricarla gratuitamente sul proprio dispositivo mobile.

01 Accedi

Dopo il primo accesso le password saranno automaticamente registrate dall'applicazione.

Potrai accedere utilizzando le credenziali già impostate sul portale del tuo piano sanitario.



B/11c Le funzionalità

Il menù principale permette di accedere alle seguenti funzioni, fornite dall'applicativo:

- Visualizzazione e modifica dati anagrafici e di contatto
- Notifiche relative alle proprie pratiche
- Contatti
- Ricerca strutture convenzionate anche attraverso il servizio di geo-localizzazione
- Status e dettagli delle proprie pratiche
- Acquisizione mediante la fotocamera del proprio dispositivo mobile della documentazione medica e di spesa
- Inserimento domanda di rimborso online
- Inserimento richiesta di autorizzazione a prestazione presso strutture convenzionate (Pic on line)

B/11d L'accesso

Ciascun Assicurato potrà autenticarsi utilizzando le credenziali già impostate sul portale del proprio piano sanitario. Dopo il primo accesso le password saranno (salva diversa opzione esercitata dall'Assicurato) registrate automaticamente dall'applicazione per semplificare gli accessi successivi.

B/11e Ricerca strutture convenzionate

La ricerca delle Strutture Sanitarie convenzionate può essere attivata secondo due modalità:

- Opzione 1, con i criteri tradizionali già presenti nell'Area Iscritti:
 - provincia
 - CAP
 - nome struttura
 - comune

- Opzione 2, mediante la funzione di geo-localizzazione che consente di cercare le strutture convenzionate in un dato range chilometrico a partire dalla posizione attuale o dal proprio recapito.

Individuata la Struttura Sanitaria di proprio interesse, l'Assicurato potrà accedere alle informazioni di contatto. Inoltre, sarà possibile aggiungere la Struttura tra i contatti della propria rubrica, avviare una chiamata direttamente dalla APP o avviare il navigatore GPS integrato per localizzare o raggiungere la Struttura selezionata.

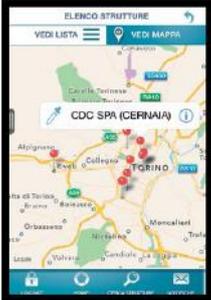
Si riportano a seguire delle schermate d'esempio.

02 Cerca la Struttura Sanitaria ed il tuo medico

2 modalità
per la
ricerca di
Strutture
Convenzionate

A
Con i criteri di ricerca tradizionali (provincia, CAP, nome struttura e comune)

B
Con la nuova funzione di geo-localizzazione a partire dalla tua posizione attuale o dal tuo recapito




Contatta

Trova la Struttura Sanitaria ed il tuo medico di fiducia e registrati nella rubrica. Contatta subito la struttura per prenotare l'appuntamento.



B/11f Prestazioni Dirette Online

La funzione "Prestazioni Dirette ONLINE" consente all'Assicurato di richiedere una prestazione sanitaria in network senza contattare preventivamente la Centrale Operativa. L'Assicurato dovrà esclusivamente selezionare la prestazione richiesta, digitare la patologia (presunta o accertata) e fotografare l'impegnativa del suo medico.

Successivamente, l'Assicurato dovrà selezionare il beneficiario della prestazione per il quale intende richiedere la prestazione sanitaria ed indicare gli estremi dell'appuntamento già fissato con la Struttura Sanitaria appartenente al Network.

Infine, selezionato il nome della Struttura Sanitaria prescelta ed il nominativo del medico che effettuerà la prestazione l'Assicurato deve confermare il riepilogo della presa in carico registrata ed autorizzare l'invio della propria richiesta. La Centrale Operativa riceverà in tempo reale la richiesta e provvederà ad inviare riscontro via sms o e-mail all'Assicurato.

Si riportano a seguire delle schermate d'esempio.

04 Prestazioni dirette On Line

La funzione "Prestazioni Dirette ONLINE" ti consente di richiedere una prestazione sanitaria in network senza necessità di contattare la Centrale Operativa. Dovrai solamente selezionare la prestazione richiesta, digitare la patologia (presunta o accertata) e fotografare l'impegnativa del tuo medico.

Niente più telefonate, fotocopie o scansioni... Basta una foto!

DATI APPUNTAMENTO

VISITA

Visite Specialistiche
Esempio: Visita Oculistica, Ginecologica, Cardiologica, etc. Sono utilizzabili la tabella per visite legate a prestazioni ricevute e/o per Grandi Eventi Patologici.

DIAGNOSTICA

Diagnostica
Esempio: Risonanze magnetiche, TAG, ecografia, ecodoppler, esami endoscopici, mammografie, ecc.

Può effettuare la prenotazione online se ha già fissato un appuntamento presso l'ente sanitario.

DATI IMPEGNATIVA

PRESCRIZIONE

Numero prescrizione: 1234
Data: 01/10/2013
Medico: dott. Rossi

DIAGNOSI

miopia

IMPEGNATIVA

ACQUISISCI

05 Invia

Seleziona il nome della Struttura Sanitaria prescelta ed il nominativo del medico che erogherà la prestazione, conferma il riepilogo della presa in carico e premi invio. La Centrale Operativa analizzerà la tua richiesta e provvederà ad inviarti un riscontro via sms o e-mail.



Vai!

Ricevuta l'autorizzazione via SMS (o e-mail) attiva il navigatore GPS integrato e raggiungi la struttura.



B/11g Domanda di Rimborso Online (D.D.R.)

La funzione D.D.R. consente all'Assicurato di richiedere il rimborso di una prestazione sanitaria già effettuata. L'Assicurato dovrà selezionare il beneficiario, la prestazione effettuata e fotografare la documentazione medica rilasciata (prescrizione medica e fattura/ricevuta).

Una volta caricata tutta la documentazione e data conferma, l'Assicurato potrà consultare lo stato della propria domanda di rimborso.

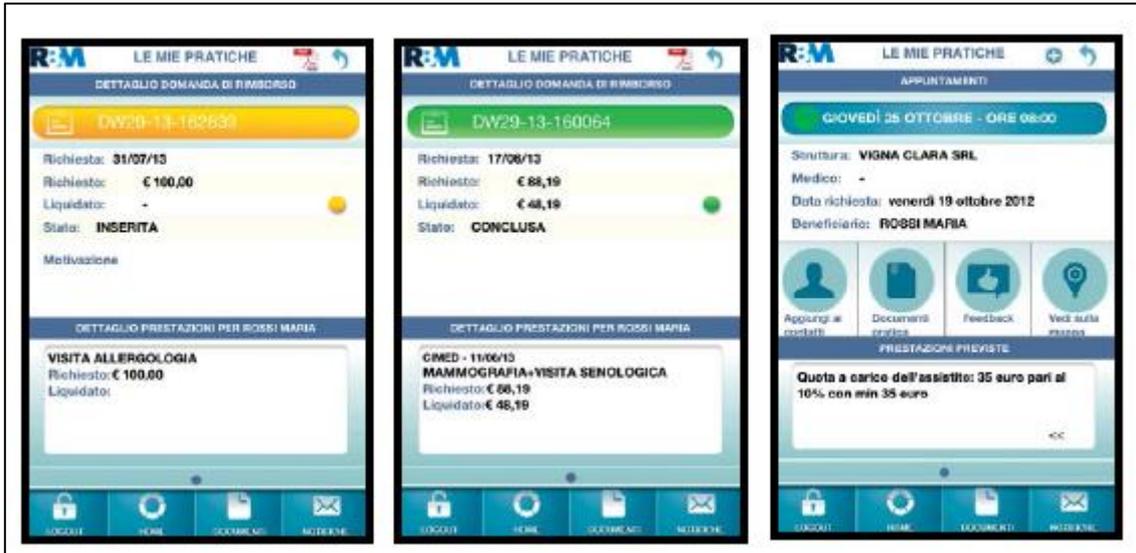
B/11h Consultazione Pratiche

La Sezione "Lista Pratiche" permette una visione omnicomprensiva della situazione delle proprie pratiche sanitarie classificandole in tre categorie:

- Appuntamenti presso Strutture Sanitarie convenzionate, approvati o meno
- Pratiche a rimborso aperte, inoltrate alla Compagnia o sospese
- Pratiche concluse

Si riportano a seguire delle schermate d'esempio.



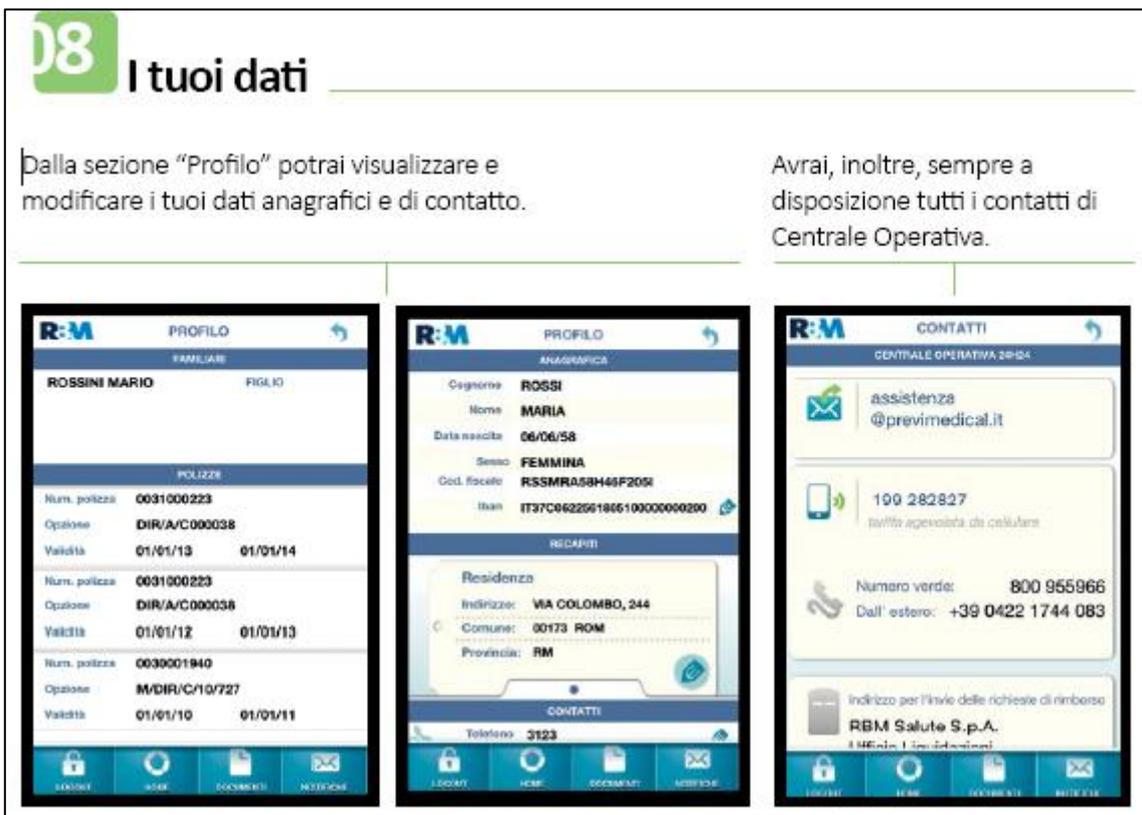


B/11i Anagrafica e contatti

Dalla sezione “Profilo”, inoltre, l’Assicurato potrà visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto.

Nella sezione “Contatti”, infine, l’Assicurato ha il riepilogo di tutti i riferimenti per interagire con la Centrale Operativa, l’Ufficio Liquidazioni e la Consulenza Medica.

Si riportano a seguire delle schermate d’esempio.



B/12 Aumento del massimale visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici per anno assicurativo e per ciascun componente del nucleo familiare

RBM Salute offre il seguente aumento del massimale per visite specialistiche esami ed accertamenti diagnostici per anno assicurativo e per ciascun componente del nucleo familiare: **euro 4.500,00** (quattromilacinquecento/00).

B/13 Aumento del massimale per cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia

RBM Salute offre il seguente aumento del massimale per cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia per anno assicurativo e per nucleo familiare: **euro 150,01** (centocinquanta/01).

B/14 Aumento delle rette di degenza per ricovero

RBM Salute offre il seguente aumento per la retta di degenza dovuta a ricovero: **euro 460,00** (quattrocentosessanta/00).

B/15 Aumento del massimale per cure per malattie oncologiche effettuate mediante servizio Sanitario Nazionale o mediante strutture sanitarie o medici convenzionati, per nucleo familiare da intendersi come massimale aggiuntivo a quanto già previsto alla Sez. B, punto 1 del Capitolato tecnico

RBM Salute offre il seguente aumento del massimale per cure per malattie oncologiche effettuate mediante Servizio Sanitario Nazionale o mediante strutture sanitarie o medici convenzionati, per nucleo familiare: **euro 12.000,00** (dodicimila/00). Il massimale è da intendersi per nucleo familiare e come aggiuntivo a quanto già previsto alla Sez. B, punto 1 del Capitolato Tecnico

B/16 Prenotazione da parte della Società, dietro richiesta dell'assicurato, delle prestazioni sanitarie da effettuarsi presso i centri convenzionati

RBM Salute, tramite la Centrale Operativa di Previmedical, rende disponibile un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie, richieste dagli Assicurati ed autorizzate, sulla base delle disponibilità manifestate dal richiedente e compatibilmente con gli orari di apertura delle strutture convenzionate. Della prenotazione effettuata verrà tempestivamente fornita all'Assicurato un'informativa telefonica, a mezzo e-mail o a mezzo sms.

B/17 Polizza integrativa ad adesione volontaria a carico dell'assicurato

In favore delle medesime persone per cui è operante la copertura oggetto della presente procedura di gara (definita "polizza base"), è riconosciuta da RBM Salute la facoltà di aderire ad una polizza facoltativa, della medesima durata della polizza base.

La polizza integrativa opererà a secondo rischio rispetto alla polizza base ed avrà le medesime prestazioni previste da quest'ultima e gli stessi massimali; tramite l'adesione a tale polizza, pertanto, l'assicurato ha in sostanza a disposizione un raddoppio di massimale e la rimozione di qualsiasi quota a suo carico (scoperto, franchigia e minimo). Le spese sanitarie sostenute saranno pertanto riconosciute dalla compagnia al 100% fino a concorrenza del massimale complessivo previsto per ciascuna garanzia (massimale piano base + massimale piano a secondo rischio). Si riportano a seguire i premi netti della polizza integrativa:

Personale in servizio € 684,53

- a) coniuge o convivente "more uxorio" € 1.386,71**
- b) ogni figlio € 592,93**
- c) ogni figlio, in caso di famiglie con almeno 3 figli € 690,75**
- d) ogni genitore risultante dallo stato di famiglia € 3.685,11**

Personale in quiescenza:

- e) personale posto in quiescenza successivamente al 22 settembre 2010 € 1.688,06**
- f) personale posto in quiescenza durante l'effetto del Piano sanitario € 1.688,06**

Personale assegnista e borsista:

- a) assegnista € 684,53**
- b) borsista € 684,53**
- a) coniuge o convivente "more uxorio" € 1.386,71**
- c) ogni figlio € 592,93**
- d) ogni figlio, in caso di famiglie con almeno 3 figli € 690,75**
- e) ogni genitore risultante dallo stato di famiglia € 3.685,11**

B/18 Possibilità di effettuare prestazioni non coperte dalla polizza o in caso di esaurimento massimale presso le strutture appartenenti alle network della Società alle tariffe scontate riservata agli assicurati

RBM Salute prevede l'accesso al proprio network sanitario ed odontoiatrico a tariffe agevolate con utilizzo di apposita Card Elettronica.

Tale servizio prevede la possibilità per gli assicurati del Centro Nazionale Delle Ricerche di accedere a tariffe scontate al network sanitario ed odontoiatrico convenzionato dedicato all'iniziativa (Istituti di Ricerca Scientifica, Case di Cura private, Aziende Ospedaliere, Centri Diagnostici, Ambulatori, Laboratori, Centri di Fisioterapia, Studi specialistici, Studi odontoiatrici), capillarmente diffuso sul territorio nazionale ed operante in tutte le specializzazioni mediche.

L'agevolazione tariffaria, peraltro, non è soltanto applicata alle prestazioni di tipo sanitario (quali ad es. accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, interventi chirurgici, prestazioni odontoiatriche e acquisto di lenti) ma si estende anche a:

- cure ed interventi di natura estetica;
- assistenza domiciliare per minori, anziani e disabili;
- RSA e lungodegenze.

Il servizio assistenza è a disposizione degli assicurati per identificare nell'ambito della rete le strutture convenzionate più idonee in base alla patologia o presunta tale comunicata dall'assicurato stesso.

Preganziol, 29/11/2019

Marco Vecchietti
Amministratore Delegato e Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute S.p.A.
(firmato digitalmente)