

GUIDA ALL'ASSISTITO
LE PRESTAZIONI IN REGIME DI ASSISTENZA SANITARIA
IN FORMA DIRETTA E RIMBORSUALE

La presente guida fornisce le indicazioni all'Assistito circa l'accesso alle prestazioni sia in regime di assistenza in forma diretta che rimborsuale, fornendo in dettaglio i passaggi procedurali da seguire.

Dal sito <https://webab.previmedical.it/claim-newmed-iscritto/>, previa autenticazione, si accede all'area riservata agli iscritti dove è possibile:

- a) consultare l'elenco delle strutture convenzionate
- b) compilare la richiesta di rimborso

Le medesime informazioni, per coloro che non dispongono di un accesso ad internet, sono comunque rese disponibili attraverso altri canali (telefonico, cartaceo).

Segnaliamo, inoltre, che in aggiunta al servizio di consultazione on line dello stato di elaborazione della propria pratica, è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", di seguito dettagliato.

LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA
(non valida per la garanzia cure dentarie)

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assicurato **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa**, per ottenere la relativa autorizzazione.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

A) RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

Prima del ricovero/intervento chirurgico

L'Autorizzazione

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assicurato **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta. **Per richiedere l'autorizzazione, l'Assicurato dovrà contattare i seguenti numeri telefonici:**

dall'Italia:

- Numero verde per chiamate da rete fissa **800 955 966**
- Numero a pagamento per chiamate da rete mobile **199 282 827**

dall'estero:

- **+39 041 5915083**

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24 ore, 365 giorni l'anno.

L'assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- codice fiscale
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione
- data della prestazione.

L'assicurato **dovrà altresì trasmettere via fax**, al numero che gli verrà segnalato al momento, la prescrizione medica con i seguenti elementi:

- prescrizione della prestazione da effettuare;
- diagnosi o presunta patologia;
- certificato medico attestante l'eventuale intervento chirurgico da effettuare.

La Centrale Operativa autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assicurato in regime di assistenza diretta, dando evidenza di eventuali spese non previste dall'opzione sanitaria di riferimento e che rimangono a carico dell'Assicurato.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS.

Mancata attivazione della Centrale Operativa

Qualora l'assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'assicurato e rimborso al medesimo, con applicazione di eventuale franchigia.

Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in rete senza rispettare il preavviso di almeno 2 giorni lavorativi, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o a seguito di infortunio.

Per l'attivazione della procedura va compilato l'apposito modulo (v. allegato 1), che va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax al numero che verrà segnalato al momento, allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità e d'urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto entro le 24 ore successive all'evento.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

Dopo il ricovero/intervento chirurgico

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate nelle coperture assicurative).

**B) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI
EXTRAOSPEDALIERE
(non valida per la garanzia cure dentarie)**

Prima di ricevere la prestazione

L'Autorizzazione

Prima di ricevere le prestazioni, l' Assicurato **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assicurato dovrà contattare i seguenti numeri telefonici:

dall'Italia:

- Numero verde per chiamate da rete fissa **800 955 966**
- Numero a pagamento per chiamate da rete mobile **199 282 827**

dall'estero:

- **+39 041 5915083**

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24 ore, 365 giorni l'anno.

L'assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- codice fiscale
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione
- data della prestazione.
- Lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico.

La Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assicurato l'invio, a mezzo fax, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

La Centrale Operativa autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assicurato in regime di assistenza diretta, dando evidenza di eventuali spese non previste dall'opzione sanitaria di riferimento e che rimangono a carico dell'Assicurato.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS.

Mancata attivazione della Centrale Operativa

Qualora l'assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'assicurato e rimborso al medesimo, previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

La prenotazione

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assicurato potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assicurato un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata.

Dopo aver ricevuto la prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate nelle coperture assicurative).

COME CHIEDERE IL RIMBORSO

L'Assicurato dovrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente a:

- documentazione medica in base alla tipologia di prestazione usufruita corredata dall'indicazione della diagnosi o della presunta patologia;
- documentazione di spesa quietanzata (fatture, ricevute);

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito <https://webab.previmedical.it/claim-newmed-iscritto/> (AREA ISCRITTI). La compilazione del modulo è guidata, e consente l'indicazione da parte dell'iscritto di tutte le informazioni utili ai fini di procedere alla liquidazione dei rimborsi relativi alle prestazioni effettuate.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (protocollo SSL a 128 bit).

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate mediante l'invio della documentazione medica, in fotocopia, accompagnata da modulo di richiesta rimborso (v. allegato 2) indirizzate a: **NEWMED/PREVIMEDICAL - Casella Postale n. 66 – 31021 Mogliano Veneto (TV)**.

Le eventuali fatture originali verranno restituite all'Assicurato.

Ferma restando la facoltà di scelta della struttura sanitaria da utilizzare da parte dell'Assicurato, quest'ultimo è tenuto comunque a segnalare preventivamente almeno due giorni prima alla **Centrale Operativa ai seguenti numeri telefonici:**

dall'Italia:

- Numero verde per chiamate da rete fissa **800 955 966**
- Numero a pagamento per chiamate da rete mobile **199 282 827**

dall'estero:

+39 041 5915083

ogni richiesta di ricovero in strutture pubbliche (anche per prestazioni "Intramoenia"), in strutture private, o di Day hospital. La predetta segnalazione preventiva ha il duplice scopo di aiutare l'Assicurato per il miglior utilizzo delle opportunità disponibili nel Network e per evitargli o ridurgli, ovunque possibile, l'applicazione di franchigie e scoperti.

La predetta segnalazione non è richiesta per i soli casi di emergenza.

CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria area riservata dal sito internet <https://webab.previmedical.it/claim-newmed-iscritto/> (AREA ISCRITTI), l'Assicurato, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, per ogni rimborso effettuato, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso
- tipologia prestazione medica
- persona interessata (Assicurato o familiare)
- totale rimborso

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, è possibile consultare lo stato di elaborazione della propria pratica di rimborso attivando il servizio "SEGUI LA TUA PRATICA" descritto al paragrafo successivo.

SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

Per usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", l'Assicurato deve semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo l'Assicurato riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione.

In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assicurato riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso
- eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta.
- reiezione per non indennizzabilità.