

Torino, 23 dicembre 2015

CHIARIMENTO N. 6

OGGETTO: Procedura aperta per l'affidamento della polizza "Mission" per l'assistenza sanitaria del personale in missione all'estero presso paesi extra-UE (Lotto 1 – CIG: 6468168516) e della polizza "Sanitaria" per rimborso spese mediche per il personale tecnico-amministrativo. (Lotto 2 – CIG: 64681863F1)

Quesito:

In relazione alla copertura in oggetto, al fine di avere informazioni necessarie per la quotazione, si richiede di voler fornire i seguenti chiarimenti:

DISCIPLINARE DI GARA

1. Si chiede conferma che "l'importo teorico ipotizzato di € 250,00" per le adesioni volontarie dei nuclei familiari non risulta in alcun modo vincolante per gli operatori economici del mercato e che non intende essere un'indicazione sul premio per l'estensione della copertura al nucleo familiare. Si chiede altresì conferma che tale premio non sarà preso in considerazione al fine dell'aggiudicazione dell'appalto come riportato nella "Scheda di Offerta Economica".

Capitolato Sanitaria - CIG: 64681863F1 - CAPITOLATO DI POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE

2. All'art. "1. DEFINIZIONI" della "SEZIONE I - NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO" si legge la seguente definizione:

"Invalidità permanente: Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata dall'Assicurato."

Poiché nel capitolato non sono presenti garanzie che coprano l'invalidità permanente, questa definizione viene interpretata come refuso.

Si chiede conferma dell'interpretazione.

3. Sempre con riferimento all'art. "1. DEFINIZIONI" della "SEZIONE I - NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO", si propone di integrare l'articolo con le seguenti voci al fine di migliorare la comprensione del piano sanitario:

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

Amministratore di sostegno

Persona nominata dal Giudice Tutelare per svolgere atti sia in sostituzione che congiuntamente alla persona non autosufficiente; questa figura è stata istituita per tutelare e aiutare le persone con gravi stati di disabilità o non autosufficienza quindi la persona assistita mantiene la sua capacità di agire e di decidere.

Documentazione sanitaria

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).

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)

- Strutture non ospedaliere, ma comunque a carattere sanitario, che ospitano per un periodo variabile, da poche settimane al tempo indeterminato, le persone non autosufficienti che non possono essere assistite al domicilio fornendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e con un alto livello di assistenza tutelare e alberghiera.

Tutore legale

- Con la procedura di interdizione il soggetto viene privato della capacità giuridica che viene attribuita a un'altra persona, denominata il Tutore, nominato dal Tribunale. L'interdizione è la misura giudiziale prevista nell'interesse del soggetto totalmente incapace di intendere e di volere a causa di un'abituale infermità di mente e ha lo scopo di tutelare il soggetto disabile.

- Il tutore ha comunque la necessità dell'autorizzazione del Tribunale per gli atti di straordinaria amministrazione.

4. Con riferimento alla totalità delle prestazioni previste all'art. "3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE", si chiede conferma che le fatture e le ricevute, che a norma di legge prevedono l'applicazione della marca da bollo da 2 euro e che ne risultino sprovviste, siano, ad ogni modo, da intendersi liquidabili e pertanto la compagnia debba procedere al pagamento della prestazione, in base alle modalità previste per le singole garanzie.

Si chiede, inoltre, conferma che, per la totalità delle prestazioni previste all'art. "3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE", nel caso in cui l'assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni debbano intendersi liquidabili presentando il solo ticket o la sola fattura (senza la prescrizione del medico curante) e pertanto la compagnia debba procedere al rimborso integrale della prestazione.

5. Al punto "b." si legge "in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che non comporti intervento chirurgico (...)" si chiede conferma che, come si legge nel quadro sinottico ("POLIZZA SANITARIA-AII.1 Quadro sinottico"), le uniche prestazioni ambulatoriali erogabili nell'ambito del ricovero sono gli interventi chirurgici ambulatoriali.

6. Si chiede conferma che nel momento in cui pervenga alla compagnia la richiesta di asportazione di un neo questa sia da intendersi liquidabile nel caso in cui alla documentazione medica sia allegato anche solamente il referto dell'esame istologico.

7. In calce al punto "c. in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico di cui ai precedenti punti a. e b." si legge "la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di Euro 5.000 con scoperto 20% con il minimo di € 35,00".

Si chiede conferma se questi limiti si intendano riferiti solamente alle prestazioni previste al suddetto punto "c", oppure, in caso contrario, se questi limiti si intendano riferiti ai punti "a", "b" e "c".

Si chiede inoltre conferma che lo "scoperto 20% con il minimo di € 35,00" a cui si fa riferimento sia da intendersi per prestazione.

8. Si chiede conferma che le prestazioni relative ad Aborto Spontaneo e ad Aborto Terapeutico si intendano liquidabili nei limiti previsti per il parto non cesareo riportati a pagina 4 del capitolato e alla voce "Parto" del "POLIZZA SANITARIA-AII.1 Quadro sinottico".

9. A pagina 3, relativamente alla prestazione "parto cesareo" si legge "nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato", non essendo esplicitamente citate si ritengono escluse le prestazioni riportate al punto "c. in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico (...)".

La medesima interpretazione si da alla prestazione "parto non cesareo" prevista a pagina 4 del capitolato.

10. Con riferimento alle "visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio", ai "trattamenti fisioterapici e rieducativi" previsti al punto "d. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali (...) " e alle prestazioni previste al punto "f. in caso di spese extra ricovero" si chiede conferma che siano da intendersi liquidabili tutte le prestazioni, riconducibili a tali garanzie, anche nel caso in cui la prescrizione riporti solamente la sintomatologia e l'indicazione del distretto anatomico interessato.

11. Al punto "d. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato (visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio): (...) " si legge: "la Società rimborsa le spese sostenute (...) " e alla voce "Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio" del "POLIZZA SANITARIA-AII.1 Quadro sinottico" si legge: "per prestazioni effettuate fuori convenzionamento scoperto 25% con il minimo di C 70,00".

Non facendo alcun riferimento esplicito al pagamento diretto da parte della società o alle modalità liquidative nel caso di utilizzo di strutture convenzionate, si chiede conferma che le prestazioni previste al presente articolo siano da intendersi usufruibili solo in regime rimborsuale.

Si chiede inoltre conferma che lo "scoperto 25% con il minimo di € 70,00" a cui si fa riferimento sia da intendersi per prestazione.

12. Al punto "d. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato (visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio): (...) " si legge che "l'assicurato dovrà presentare congiuntamente: a) la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi; b) lo scontrino farmaceutico fiscale con l'indicazione del nome

del farmaco acquistato e lo scontrino non fiscale, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente".

Si chiede conferma che l'assicurato debba presentare congiuntamente tale documentazione per medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici, compresi anche quelli cui ci si riferisce come "prodotti non bene identificati".

Si chiede inoltre conferma che ciò che rientra nei "prodotti non bene identificati" sia da intendersi come prodotto che abbia un principio attivo e che comunque sia riconducibile ai medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici.

13. Si chiede conferma che nel sottolimito di € 300,00 previsto per i medicinali, di cui si legge al punto "d. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato (visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio): (...)" e alla voce "Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio" del "POLIZZA SANITARIA-AII.1Quadro sinottico" rientrino: medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici, compresi anche quelli cui ci si riferisce come "prodotti non bene identificati"

14. Con riferimento al punto "d. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato (visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio): (...)" e più specificamente alle seguenti prestazioni:

- (...) trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo;
- (...) chiropratica;
- (...) osteopatia;

si propone la seguente interpretazione:

i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i trattamenti di chiropratica nonché i trattamenti di osteopatia, previsti dal piano sanitario, si intendono in copertura qualora siano effettuati da personale medico oppure da professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientreranno in copertura le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medici hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico

(questa indicazione si riterrà valida anche nel caso in cui l'assicurato si sottoponga a sedute di agopuntura od elettro-agopuntura effettuata da Medico)

Si chiede conferma dell'interpretazione proposta.

15. Con riferimento alla garanzia di cui al punto "e. in caso di medicina preventiva intendendosi per tali le spese relative alle prestazioni qui di seguito elencate: (...)", si chiede conferma che le prestazioni previste in tale articolo siano da intendersi erogabili solamente al titolare di polizza.

16. Con riferimento alla garanzia di cui al punto "e. in caso di medicina preventiva intendendosi per tali le spese relative alle prestazioni qui di seguito elencate: (...)" del capitolato e di cui al punto "Medicina Preventiva" del "POLIZZA SANITARIA-AII.1Quadro sinottico", si chiede di confermare che le prestazioni previste da tale garanzia siano da intendersi rimborsabili con scoperto del 25% e il minimo non indennizzabile di €26,00 da applicarsi all'insieme dei documenti di spesa inviati in un'unica soluzione.

17. In relazione alle prestazioni di cui al punto "f. in caso di spese extra-ospedaliere (..)" si ritiene che:
- i. le prestazioni possano essere fruite se prescritte dal medico curante con l'indicazione del quesito diagnostico e ciò in applicazione di quanto previsto dagli articoli "1.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società" e " 1.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società".
 - ii. la laserterapia prevista in elenco possa essere intesa a scopo fisioterapico o antalgico, in quanto la laserterapia chirurgica, se non espressamente esclusa dal piano ai sensi dell'art. "3. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE", è riconducibile al punto "a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico " e/o "(..) agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK)" e/o "MALATTIE ONCOLOGICHE".

Si chiede cortese conferma delle interpretazioni sopra esposte.

18. Con riferimento al punto "h. l'acquisto di lenti ed occhiali da vista, (...)" si chiede cortesemente di confermare che la modifica del visus possa essere certificata sia da oculista sia da ottico optometrista.

19. Si chiede conferma che le esclusioni definite nelle Sezione II, all'art. "3. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE" siano valide per tutte le garanzie presenti nel capitolato.

Capitolato Sanitaria - CIG: 6468168516 - CAPITOLATO DI POLIZZA "MISSION"

20. In analogia con quanto previsto nel "Capitolato di Polizza Rimborso Spese Mediche" le prestazioni previste al paragrafo "4.1 Spese mediche" del presente capitolato si intendono prestate fino al raggiungimento dei medesimi massimali previsti nel caso della polizza Rimborso Spese Mediche. Si precisa che i massimali non si intendono condivisi tra le due polizze, ma solamente di uguale entità.

Risposte:

1. Si conferma che l'importo teorico ipotizzato per le adesioni volontarie del nucleo familiare non è vincolante né sarà preso in considerazione al fine dell'aggiudicazione.
2. Trattasi di refuso
3. Non sono ammesse integrazioni al Capitolato
4. Si conferma.
5. Si conferma.
6. Si conferma.
7. Il limite si riferisce solo al punto "c"; si conferma che scoperto e minimo sono da intendersi per prestazione.
8. Si conferma.
9. Si conferma.
10. Si conferma.
11. Per prestazioni in Convenzionamento non è previsto scoperto; si conferma che lo scoperto è da intendersi per prestazione.
12. Si conferma
13. Si conferma
14. Le previsioni del capitolato sono chiare. Non sono ammesse proposte di interpretazione/integrazione.

15. No, non si conferma. La prestazione è prevista con il limite di € 250 per anno e per nucleo.
16. Si conferma.
17. Si conferma.
18. Si conferma.
19. Si conferma.
20. I lotti e quindi i due capitolati sono indipendenti; i limiti di uno non interferiscono con quelli dell'altro. Si precisa inoltre che per la garanzia 4.1 del Capitolato Mission non sono previsti limiti.

Ufficio Appalti