

POLIZZA SANITARIA

ISTRUZIONI PER L'USO

Il presente VADEMECUM si propone di fornire ai Sacerdoti le prime indicazioni per l'utilizzo della polizza sanitaria per il clero.

E' una guida semplificata ed è sempre consigliabile – in caso di necessità – riferirsi al proprio IDSC e/o all'Ufficio Assicurazioni dell'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero – via Aurelia 796 – 00165 Roma – tel. 06 66521222/25.

Per i dettagli si rimanda al testo originale della polizza, allegato, a cui fare riferimento.

SOGGETTI BENEFICIARI

Tutti i Sacerdoti inseriti nel sistema di Sostentamento del Clero o nel sistema di Previdenza integrativa, nonché i Sacerdoti *fidei donum* che prestano servizio all'estero.

OGGETTO DELLA GARANZIA (Art. 9 polizza)

L'assicurazione è valida per il mondo intero. L'assicurato ha libera scelta, in Italia o all'estero, del medico curante, dell'Istituto di cura, dell'infermiere/assistente a domicilio o presso l'Istituto di cura. Le procedure sono diverse a seconda della struttura scelta:

- **Struttura convenzionata IMA** (vedi elenco): necessario verificare PRIMA con la Centrale operativa IMA (tel. 800.572.572 – centrale.salute@imaitalia.it) modalità di accesso, preventivi e documenti da trasmettere; se la prestazione rientra e viene autorizzata, non c'è esborso da parte del Sacerdote;
- **Struttura (pubblica o privata) non convenzionata IMA:** l'assicurazione rimborsa le spese sostenute, sempre e solo per le prestazioni e nei limiti indicati dalla polizza.

RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI (Art. 9 punto 1 polizza)

Le prestazioni dovranno risultare **prescritte prima dal medico curante** e documentate.

- **Ricovero presso istituto di cura per intervento chirurgico o per cure mediche**
Sono escluse le spese connesse:
 - al conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura
 - al caso di lungodegenza
- **Intervento chirurgico effettuato in regime di *day hospital* o ambulatoriale.**

Prima del ricovero (Art. 9 punto 1.4 polizza)

È compreso il rimborso delle spese per analisi ed esami diagnostici sostenute nei **45 giorni precedenti** il ricovero o l'intervento chirurgico sempreché strettamente connesse e propedeutiche all'intervento chirurgico stesso.

Dopo il ricovero (Art. 9 punto 1.3 polizza)

Il rimborso verrà corrisposto per le spese sostenute **nei 90 giorni successivi** al ricovero e al *day hospital* con intervento chirurgico, anche ambulatoriale e sempreché strettamente connesse alla patologia che le hanno rese necessarie.

Sono rimborsabili le seguenti spese:

- conseguenti ad esami;
- acquisto di medicinali;
- prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche;
- trattamenti fisioterapici o rieducativi;
- cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)

Caso di lungodegenza (Art. 9 punto 1.5 polizza)

Qualora il paziente prosegua la sua permanenza presso una clinica in regime di lungodegenza verranno rimborsate le spese per i primi 10 giorni di ricovero. Qualora dopo i primi 10 giorni risultasse necessaria la prosecuzione del ricovero ovvero un nuovo ricovero le spese successive dovranno essere accertate da un medico legale della Società.

PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE AMBULATORIALI (Art. 9 punto 2 polizza)

Verranno rimborsate le spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere **prescritte dal medico curante:**

- Ecografia, TAC, elettrocardiografia, doppler, diagnostica radiologica, elettroencefalografia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, cobaltoterapia, chemioterapia, laserterapia, telecuore, dialisi, litotrissia, elettromiografia, holter
- Indagini endoscopiche
- Indagini computerizzate, limitatamente a quella di seguito elencate:
 - o del campo visivo
 - o topografica corneale
 - o pachimetria
 - o mineralometria ossea.

ASSISTENZA A DOMICILIO (Art. 9 punto 3 polizza)

Si applica al caso di impossibilità, anche temporanea, di esperire autonomamente le normali azioni della vita quotidiana a seguito malattia, infortunio o deperimento organico. **Tale condizione deve essere prima verificata dal medico legale incaricato dall'Assicurazione,** che autorizzerà il riconoscimento delle prestazioni previo raggiungimento del

punteggio minimo di 100, determinato nella tabella valutativa riportata nella polizza.

I termini per la sola **denuncia di sinistro per assistenza sono ridotti a 45 giorni** (rispetto al termine di 60 giorni per tutte le altre richieste di rimborso) dalla data di accadimento dell'evento che ha reso necessaria l'assistenza. Per le denunce ricevute oltre i 45 giorni (sempre entro i limiti di 60 giorni) il sinistro verrà liquidato secondo il criterio di indennizzo di una diaria forfettaria.

È facoltà del Sacerdote scegliere, indicandolo inizialmente nella lettera di denuncia del sinistro, quale regime adottare tra i seguenti che sono alternativi e non cumulabili (la scelta è modificabile lungo il periodo):

- **Rimborso spese** (Art. 9 punto 3.1 polizza): l'Assicurazione rimborsa il 100% delle spese sostenute e documentate con il limite giornaliero di euro 33 al giorno
- **Indennizzo di una diaria forfettaria** (Art. 9 punto 3.2 polizza): l'Assicurazione liquiderà la somma di euro 22 al giorno, fino ad un massimo di euro 682 al mese. Nel caso in cui il Sacerdote abbia il proprio domicilio presso: Casa del Clero, Casa di riposo, Casa di accoglienza e di ospitalità in genere, l'Assicurazione indennizzerà l'importo giornaliero di euro 21, fino ad un massimo di euro 630 al mese

Assistenza temporanea

Nel caso in cui il Sacerdote si trovi nelle condizioni per cui abbia diritto all'assistenza per un periodo inferiore a 45 giorni, riceverà un importo pari a euro 22 al giorno, per la durata stabilita dal medico dell'Assicurazione.

ASSISTENZA DI PERSONALE ESTERNO ALL' ISTITUTO DI CURA (Art. 9 punto 4 polizza)

L'Assicurazione risponde delle spese di assistenza personale dell'assicurato durante il ricovero esclusivamente a seguito delle seguenti patologie e a seguito della loro certificazione, da parte dei medici dell'Istituto di cura:

- Ictus cerebrale con paralisi anche parziale
- Infarto acuto del miocardio
- Tumore in fase terminale
- Grandi interventi chirurgici (elenco riportato in polizza)
- Stato preagonico o di coma da qualsiasi causa determinato

Per assistenza personale si intende la presenza costante al letto dell'infermo-assicurato da parte di una persona non appartenente all'organico dell'Istituto di cura.

In questi casi verrà rimborsato il 100% delle spese sostenute e documentate fino a un massimo importo giornaliero di euro 52 e per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo.

In alternativa, si potrà scegliere un rimborso forfettario pari a euro 36 al giorno, per un massimo di 60 giorni, non cumulabile con l'eventuale indennizzo previsto per l'assistenza domiciliare

RIMBORSO SPESE PER ACQUISTO PROTESI (Art. 9 punto 5 polizza)

Verranno rimborsate le spese per l'acquisto delle seguenti protesi, su presentazione della relativa prescrizione medica e relativa documentazione.

- **Protesi articolate:** sostitutive di un arto a seguito di amputazione di arto conseguente a malattia od infortunio. Rimborso massimo di euro 4.000 per anno assicurativo.
- **Protesi oculari:** a seguito di interventi chirurgici per cataratta, cheratocono o otticopatia (intesa come qualsiasi lesione del nervo ottico). Rimborso massimo di euro 775 per anno assicurativo,
- **Protesi acustiche:** a seguito di processi otosclerotici e lesioni traumatiche con deficit acustico uguale o superiore a 65 decibel sulla media frequenze di 500, 1000, 2000 Hz, previa esibizione di esame audiometrico vocale e tonale, impedenziometria effettuati presso struttura ospedaliera pubblica, con riserva comunque di visita di un medico dell'Assicurazione che ne attesti l'effettiva necessità. Rimborso massimo di euro 2.000 per anno assicurativo, previa visita di un medico dell'Assicurazione, che ne attesti l'effettiva necessità.
- **Protesi dentarie:** conseguenti a interventi chirurgici del cavo orale non odontoiatrici. In caso di infortunio accertato con referto di Pronto Soccorso, saranno rimborsate anche le spese dentarie conseguenti a parodontopatie. Il rimborso sarà pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute dall'assicurato.

ESTENSIONE GARANZIA SACERDOTI – FIDEI DONUM (Art. 10 polizza)

RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI

In aggiunta, verranno rimborsate le spese sostenute per il viaggio aereo di andata e ritorno necessarie per raggiungere il paese dove si trova l'ospedale nel quale avviene il ricovero. In questo caso occorre una certificazione rilasciata da una struttura ospedaliera del paese di missione che dichiari l'inadeguatezza delle strutture locali per la patologia sofferta dall'assicurato. Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio di ritorno nel paese di missione viene riconosciuto se effettuato entro 15 giorni dalla data dichiarata dal medico curante come compatibile per affrontare il viaggio aereo.

PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE AMBULATORIALI

In aggiunta, spetta all'assicurato il rimborso delle spese sostenute per ogni tipo di esame clinico e di laboratorio, terapie specialistiche e trattamenti medici.

Per le prestazioni di cui sopra, il rimborso delle spese sostenute è effettuato fino ad un massimo annuo di euro 7.747.

Resta convenuto che, in caso di sinistro, qualora l'Assicurato si trovi all'estero, si intende delegato alla presentazione della denuncia, della relativa documentazione nonché alla definizione del sinistro, l'Ufficio Nazionale per la Cooperazione Missionaria tra le Chiese, operante presso la Conferenza Episcopale Italiana.

RIMPATRIO SANITARIO

L'assicurato che si trova in un paese straniero per svolgere il ministero o l'attività missionaria, qualora, a causa di malattia o infortunio, debba rientrare in Italia, presso un centro ospedaliero autorizzato o nel luogo di sua residenza abituale, può ricorrere all'organizzazione di IMA Assistance, attraverso la Centrale Operativa, affinché organizzi, senza dover anticipare alcuna somma, il rimpatrio in Italia.

Per i ulteriori dettagli sulla procedura si rimanda alla polizza.

LIMITAZIONI E RISCHI ESCLUSI (art.15 polizza)

Per tutte le condizioni in cui la garanzia non è operante si rimanda all'art.15 della polizza.

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

(Art. 16 polizza)

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società e all'Istituto Centrale Sostentamento del Clero (via Aurelia 796, Roma), **entro 60 giorni** da quando ne ha avuto conoscenza.

L'Assicurato inoltre:

- in caso di infortunio che comporti ricovero ospedaliero o necessità di assistenza domiciliare costante prevista dall'art.9 punto 3 deve comunicare data dell'infortunio, luogo dell'accadimento, relative circostanze e, laddove possibile, nomi degli eventuali testimoni ed autorità intervenute;
- in caso di ricovero e, se possibile, prima del suo ingresso nell'Istituto di cura, deve informare di ciò l'Assicurazione

CRITERI DI LIQUIDAZIONE (Art. 18 polizza)

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato su presentazione degli originali o di copia conforme, delle relative distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

L'indennizzo delle spese sostenute per l'assistenza medica a domicilio viene effettuato, a presentazione della documentazione di cui sopra, con periodicità mensile.

| |
|---|
| <p>Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata. Il rimborso delle spese sostenute è completo.</p> |
|---|

Per il rimborso è necessario spedire in busta chiusa a ICSC, con raccomandata con ricevuta di ritorno **entro 60 giorni** dall'esecuzione della prestazione:

- **copia** della prescrizione medica, della documentazione sanitaria
- **originale** delle fatture e scontrini di spesa,

La raccomandata deve essere inviata all' Istituto Centrale al seguente indirizzo:

Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero
Ufficio Assicurazioni
Via Aurelia 796
00165 Roma

L'Istituto Centrale rimborserà solo a mezzo di bonifico bancario o sul conto dove versa l'integrazione del sostentamento del Clero o su altro conto bancario specificamente indicato

PRESTAZIONI GARANTITE DA STRUTTURE A CONVENZIONE DIRETTA

Esistono strutture a convenzione diretta che, in caso di ricovero e di *day hospital*, sollevano i Sacerdoti dal dover provvedere al pagamento delle spese e successivamente, richiederne il rimborso. Per il Sacerdote ci sono 2 opzioni:

- prende personalmente contatto con la struttura sanitaria, usufruendo della prestazione sanitaria, senza chiedere alcuna preventiva autorizzazione. Sarà la struttura sanitaria a verificare il diritto alla prestazione, organizzare il ricovero/esame e a richiedere il pagamento.
- ricorre agli Istituti di cura convenzionati IMA (riportati nell'allegato) direttamente dopo aver preventivamente contattato la Centrale Operativa al numero verde 800.572.572 o dall'estero il numero + 39 02 24128570.

Per ulteriori informazioni si rimanda alla polizza.

INFORMAZIONI

Per ulteriori informazioni ci si può rivolgere a:

Istituto Diocesano per il Sostentamento del Clero

Ufficio Assicurazioni dell'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero – via Aurelia 796 – 00165 Roma – tel. 06 66521222/25

Riepilogo della documentazione da trasmettere per ottenere il rimborso:

LE DENUNCE DI EVENTO DEVONO ESSERE TASSATIVAMENTE INVIATE ENTRO 60 GIORNI DAL VERIFICARSI DELL'EVENTO MEDESIMO.

La documentazione, in originale, deve essere trasmessa mediante lettera raccomandata all' Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero – Ufficio assicurazioni – via Aurelia 796 – 00165 Roma. Si raccomanda di conservarne copia fotostatica.

Ricovero ospedaliero

Copia della cartella clinica, dalla quale risulti sia la patologia che ha causato il ricovero sia il periodo di degenza che deve comprendere almeno una notte. La documentazione di spesa invece deve essere in originale.

Spese nei 45 giorni antecedenti un ricovero

Prescrizione medica degli accertamenti effettuati e documenti di spesa in originale inseriti nella pratica del ricovero.

Spese nei 90 giorni successivi a un ricovero

Lettera di dimissioni e prescrizione medica delle cure effettuate dalla quale risulta che esse sono collegate alla patologia che ha causato il ricovero: fatture, scontrini o ricevute in originale.

Prestazioni specialistiche o interventi chirurgici in *day-hospital*

Prescrizione medica e documenti di spesa in originale.

Assistenza a domicilio o presso istituti

Il certificato del medico curante attestante l'impossibilità a compiere i normali atti della vita quotidiana apre la pratica. A seguire occorre l'assenso del medico legale incaricato dalla società di assicurazione. Ottenuto l'assenso basta solo spedire mensilmente la ricevuta delle somme percepite rilasciata da coloro che hanno prestato l'assistenza.

In caso di Istituto occorre l'attestazione di presenza.

Assistenza ospedaliera

Certificato dell'ente presso il quale la persona è ricoverata nel quale si attesta la patologia e la necessità di assistenza continuativa da parte di personale esterno; ricevuta rilasciata da parte delle persone che hanno prestato assistenza.

Acquisto protesi

Prescrizione medica, esami medici (dove previsto) e fattura in originale.