

**Procedura aperta per l'affidamento del servizio di copertura integrativa delle spese sanitarie  
per il personale della Presidenza del Consiglio dei ministri  
CIG n. 6640022F7B**

**F.A.Q. - RISPOSTE A RICHIESTE DI CHIARIMENTI: N. 4**

<b><u>QUESITI</u></b>	<b><u>RISPOSTE</u></b>
<p><b>QUESITO 1)</b> Relativamente alla polizza aggiuntiva Silver, all'art. 9.1.1/B del capitolato tecnico per le Visite specialistiche è scritto " il fornitore/fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche... con lo scoperto del 20% a carico dell'assicurato..."; all'interno del medesimo articolo si legge "nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate..... le spese per le prestazioni erogate all'assicurato/assistito vengono liquidate direttamente dal fornitore alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di euro 50,00 per ogni visita specialistica. In caso di strutture non convenzionate il pagamento è anticipato dall'assicurato/ assistito e rimborsato a questi dal Fornitore/Fondo salvo la franchigia". È possibile chiarire se sia prevista la franchigia di € 50,00 o lo scoperto 20% per tale prestazione, indicando le differenze tra le condizioni in regime diretto e in regime rimborsuale?</p>	<p><b>RISPOSTA 1)</b> E' da intendersi previsto uno scoperto del 20% con un minimo di 50 euro per prestazione a carico dell'assicurato / assistito sia per le prestazioni erogate in regime di convenzione diretta, sia per quelle erogate in regime rimborsuale.</p>
<p><b>QUESITO 2)</b> Relativamente alla polizza aggiuntiva Gold, all'art. 9.2.1/B del capitolato tecnico per le Visite specialistiche è scritto " il fornitore/fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche... con lo scoperto del 25% a carico dell'assicurato..."; all'interno del medesimo articolo si legge "nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate..... le spese per le prestazioni erogate all'assicurato/assistito vengono liquidate direttamente dal fornitore alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di euro 60,00 per ogni visita specialistica. In caso di strutture non convenzionate il pagamento è anticipato dall'assicurato/ assistito e rimborsato a questi dal Fornitore salvo la franchigia". È possibile chiarire se sia prevista la franchigia di € 60,00</p>	<p><b>RISPOSTA 2)</b> E' da intendersi previsto uno scoperto del 25% con un minimo di 60 euro per prestazione a carico dell'assicurato / assistito sia per le prestazioni erogate in regime di convenzione diretta, sia per quelle erogate in regime rimborsuale.</p>

<p>o lo scoperto 25% per tale prestazione, indicando le differenze tra le condizioni in regime diretto e in regime rimborsuale?</p>	
<p><b>QUESITO 3)</b> Relativamente alla polizza aggiuntiva Platinum , all’art. 9.3.1/B del capitolato tecnico per le Visite specialistiche è scritto “ il fornitore/fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche... con lo scoperto del 25% a carico dell’assicurato...”; all’interno del medesimo articolo si legge “nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate..... le spese per le prestazioni erogate all’assicurato/assistito vengono liquidate direttamente dal fornitore alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di euro 50,00 per ogni visita specialistica. In caso di strutture non convenzionate il pagamento è anticipato dall’assicurato/ assistito e rimborsato a questi dal Fornitore salvo la franchigia”. È possibile chiarire se sia prevista la franchigia di € 50,00 o lo scoperto 25% per tale prestazione indicando le differenze tra le condizioni in regime diretto e in regime rimborsuale?</p>	<p><b>RISPOSTA 3)</b> E’ da intendersi previsto uno scoperto del 25% con un minimo di 50 euro per prestazione a carico dell’assicurato / assistito sia per le prestazioni erogate in regime di convenzione diretta, sia per quelle erogate in regime rimborsuale.</p>
<p><b>QUESITO 4)</b> Relativamente alla polizza aggiuntiva Platinum – art. 9.3.3. trattamenti fisioterapici si chiede se il massimale sia stato indicato due volte per errore (euro 1.000 e euro 1.500), ed in tal caso di indicarne quello corretto, oppure se l’importo di euro 1.000,00 sia da intendersi come massimo rimborsabile per prestazione, all’interno di un massimale complessivo di euro 1.500,00.</p>	<p><b>RISPOSTA 4)</b> Relativamente al piano platinum di cui al punto 9.3.3 il massimale di 1000 euro con il 30% di scoperto e 100 euro di franchigia si riferisce a trattamenti fisioterapici riabilitativi per postumi di qualsiasi tipo di patologia. Il massimale è incrementato fino a 1500 euro per trattamenti fisioterapici relativi esclusivamente a postumi di fratture di segmenti ossei traumatiche o patologiche, postumi di vasculopatie acute cerebrali o cardiache.</p>
<p><b>QUESITO 5)</b> Si chiede di poter ricevere per gli anni 2013-2014-2015-2016 i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il numero di dipendenti in quiescenza della Presidenza del consiglio dei Ministri ;</li> <li>• Il numero di dipendenti in quiescenza single, il numero di dipendenti in quiescenza con familiari fiscalmente a carico e il numero di dipendenti in quiescenza con familiari non fiscalmente a carico;</li> <li>• Il numero dei familiari fiscalmente a carico e non a carico dei dipendenti in quiescenza.</li> </ul>	<p><b>RISPOSTA 5)</b> Vd. FAQ 3, risposta a quesito n. 9</p>