

Procedura aperta per l'affidamento del servizio di copertura integrativa delle spese sanitarie per il personale della Presidenza del Consiglio dei ministri

CIG n. 4870727B10

F.A.Q. - RISPOSTE A RICHIESTE DI CHIARIMENTI: N. 5

| <u>QUESITI</u> | <u>RISPOSTE</u> |
|---|---|
| <p>QUESITO 16) A pag. 11, all'art. 1.4.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE, si legge: "Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fornitore, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 35% con il minimo non indennizzabile di € 100,00".</p> <p>Si chiede conferma all'ente che il minimo non indennizzabile di €. 100,00 debba essere applicato per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Lo stesso vale anche nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato.</p> | <p>RISPOSTA 16) Si conferma che il minimo non indennizzabile di € 100,00 deve essere applicato per ogni accertamento o ciclo di terapia sia in regime di assistenza diretta che in regime rimborsuale. Si precisa inoltre che, nel caso di assistenza in regime rimborsuale, lo scoperto con il minimo non indennizzabile di cui sopra dovrà essere applicata agli importi previsti dal tariffario di cui all'allegato 4 del Capitolato tecnico.</p> |
| <p>QUESITO 17) A pag. 12, all'art. 1.4.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, si legge: " Nel caso di prestazioni non effettuate in regime di convenzione diretta, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato/Assistito vengono liquidate entro il limite massimo di quanto indicato nel tariffario di cui all'allegato 4 del presente Capitolato tecnico con applicazione ai prezzi del predetto tariffario di una franchigia di Euro 55,00 per ogni visita o accertamento diagnostico".</p> <p>Chiediamo conferma, attraverso i seguenti esempi, della corretta interpretazione della modalità rimborsuale.</p> <p>- ESEMPIO 1: ipotizziamo che per una visita specialistica effettuata in struttura privata l'importo fatturato sia pari a €. 100,00; nel tariffario "VISITE SPECIALISTICHE" si legge che per ogni visita specialistica la tariffa è pari a €. 80,00; poiché</p> | <p>RISPOSTA 17) Con riferimento alle prestazioni effettuate in regime di rimborsuale, si precisa che la franchigia va applicata all'importo minore tra il costo sostenuto dall'Assicurato/Assistito ed il prezzo indicato nel tariffario. Inoltre si precisa che i ticket sono sempre rimborsabile al 100% senza applicazione di scoperti e/o franchigie, come indicato a pagina 4, art.4.</p> <p>Quanto premesso, gli importi da rimborsare negli esempi da Voi formulati sono i seguenti:</p> <p>Esempio_1: € 80,00 - € 55,00 = € 25,00</p> <p>Esempio_2: rimborso al 100% pari ad € 60.00</p> <p>Esempio_3: In questo caso non si procederà al rimborso.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>nel capitolato si legge che ai prezzi del tariffario deve essere applicata una franchigia di €. 55,00, è corretto intendere che l'importo rimborsato all'Assicurato/Assistito sarà pari a €. 80,00 - €. 55,00 = €. 25,00?</p> <p>- ESEMPIO 2: ipotizziamo che per una T.A.C. effettuata in SSN, l'importo del ticket sia pari a €. 60,00; nel "TARIFFARIO APPLICATO AL LABORATORIO E DIAGNOSTICA" è riportato che per la T.A.C. (Tomografia Assiale Computerizzata) la tariffa è €. 110,00; poiché nel capitolato si dice che ai prezzi del tariffario viene applicata una franchigia di €. 55,00, è corretto intendere che l'importo rimborsato all'Assicurato/Assistito sarà pari a €. 110,00 - €. 55,00 = €. 55,00?</p> <p>- ESEMPIO 3: ipotizziamo che per una radiografia (rx) effettuata in struttura privata l'importo fatturato sia pari a €. 45,00; nel "TARIFFARIO APPLICATO AL LABORATORIO E DIAGNOSTICA" si legge che per rx la tariffa è di €. 20,00; poiché nel capitolato si legge che ai prezzi del tariffario viene applicata una franchigia di €. 55,00, è corretto sostenere che non si procederà al rimborso in quanto €. 20,00 - €. 55,00 < 0?</p> | |
| <p>QUESITO 18) A pag. 12, all'art. 1.6 PROTESI, si legge: "Il Fornitore dovrà rimborsare le spese per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche ed acustiche entro un limite anno/nucleo di €. 700,00 con l'applicazione di uno scoperto del 35%". Poiché, nell'Allegato 4_TARIFFARIO APPLICATO ALLE PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE, sono riportate le varie tariffe relative alle prestazioni che compongono la presente garanzie, chiediamo conferma che lo scoperto del 35% debba essere applicato ai prezzi del predetto tariffario.</p> | <p>RISPOSTA 18) Lo scoperto del 35% sarà applicato all'importo minore risultante dal confronto tra il costo sostenuto dall'Assistito/Assicurato ed il prezzo indicato nel tariffario e comunque, entro il massimale anno/nucleo di € 700,00.</p> |
| <p>QUESITO 19) A pag. 18, all'art. 3.4. INDENNITA' DI MALATTIA GRAVE, si legge: "... una indennità "una tantum" di €. 1.000,00 per ogni Assicurato/Assistito". Si chiede conferma che l'importo di €. 1.000,00 debba essere erogato una volta sola per tutta la durata del contratto.</p> | <p>RISPOSTA 19) La somma di € 1.000,00 deve essere erogata all'Assistito/Assicurato ogni qual volta si verifichi durante l'intero periodo di copertura contrattuale, l'insorgenza di una malattia grave, a titolo indennitario una tantum. Per la medesima patologia sarà dovuta una sola indennità per l'intera durata contrattuale. Per la definizione di malattia grave si rinvia all'allegato n. 3 del Capitolato tecnico.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>QUESITO 20) A pag. 27, all'art. 4.2 DURATA DELLA CONVENZIONE, relativamente alla verifica del rapporto tecnico, non viene indicato il modo in cui si deve effettuare il calcolo del rapporto fra i sinistri ed i contributi di competenza dell'anno 2014. Proponiamo la seguente modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numeratore: sinistri pagati + riservati + tardivi di competenza dell'anno 2014 - Denominatore: contributi tassabili di competenza dell'esercizio 2014 <p>Si chiede all'ente se concorda con tale impostazione.</p> | <p>RISPOSTA 20) Riteniamo corretto il metodo di calcolo del rapporto tra sinistri ed i contributi di competenza dell'anno 2014.</p> |
| <p>QUESITO 21) A pag. 27, all'art. 5.3 RILIEVI E PENALITA', si legge: " Le penalità attengono alle inadempienze della società durante l'attivazione e l'esecuzione delle prestazioni contrattuali pattuite e verranno comunicate formalmente alla società con le stesse modalità previste per i rilievi. Alla società verrà concesso un termine di cinque giorni lavorativi per poter produrre le controdeduzioni, trascorso inutilmente il quale, od ove le giustificazioni addotte non siano riconosciute in tutto o in parte valide, l'Amministrazione provvederà all'applicazione delle penalità di seguito specificate."</p> <p>Non avendo trovato altri riferimenti, all'interno del presente disciplinare, relativamente a tale argomento, chiediamo all'ente di specificare in quali casi verranno applicate le penalità e quale sia la loro modalità di applicazione, indicando anche l'entità monetaria.</p> | <p>RISPOSTA 21) In considerazione del contenuto delle offerte tecniche e in ragione della molteplicità delle prestazioni potenzialmente erogabili dal concorrente aggiudicatario, la frase di cui all'art. 5.3 del Disciplinare di gara "<u>...l'Amministrazione provvederà all'applicazione delle penalità di seguito specificate</u>", <u>deve correttamente intendersi come:</u> "<i>l'Amministrazione provvederà all'applicazione delle penalità, successivamente specificate nel contratto da stipularsi con il concorrente aggiudicatario</i>".</p> <p>Ad ogni buon fine si anticipa, in via esemplificativa, una fattispecie di inadempimento contrattuale che potrebbe essere soggetta all'applicazione delle eventuali penalità:</p> <p><i>con onere della prova a carico dell'assicurato/assistito mediante produzione di apposita certificazione medica, qualora l'impresa assicuratrice non fornisca in tutto o in parte, per qualunque motivo, - per causa non dipendente da forza maggiore - le prestazioni sanitarie richieste dell'assistito ed espressamente coperte dalla polizza sanitaria. In tal caso l'impresa assicuratrice sarà obbligata a fornire all'assistito la prestazione in tutto o in parte non erogata. E' anche prevista una penalità pari al 5% dell'importo della omessa prestazione.</i></p> |