



Come ottenere Prestazioni, Rimborsi e Assistenza



Un nostro operatore, Vi fornirà assistenza per risolvere qualsiasi problema si possa essere verificato nella procedura di rimborso o per ottenere l'Assistenza Diretta richiesta.

APP mobile CITRUS disponibile per IOS e Android

Portale WEB (Area Iscritto):

<https://webab.previmedical.it/claim-bimutua-iscritto/default-function.do>

Numeri Telefonici dedicati (Centrale Operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno):

- **800.55.77.88** da telefono fisso (numero verde gratuito)
- **199.28.51.23** da cellulare (a tariffa agevolata)
- **0039 0422. 1744 385** dall'estero
- **0422.1744.885** numero fax

assistenza.bimutua@previmedical.it

BIMUTUA vuole essere sempre attenta alle esigenze dei propri Assistiti ed alla qualità del proprio servizio, mettendo a disposizione propri collaboratori dedicati, pertanto è possibile chiedere anche l'Assistenza del nostro

UFFICIO RIMBORSI BIMUTUA

Mail: ufficio.rimborsi@bimutua.it

Viale Parioli, 47 - 00197 - Roma

Tel. +39 068072983 - Fax +39 06 8088368

Via Pergolesi, 26 - 20124 - Milano

Tel. +39. 026705142 – Fax +39 0266715517

REGIMI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

La presente guida si propone di supportare l'Assistito nell'accesso alle prestazioni previste dal proprio sussidio sia in regime di assistenza in forma rimborsuale che diretta, fornendo in dettaglio i passaggi procedurali da seguire.

Le prestazioni sono garantite attraverso **tre regimi di erogazione**:

- a) **assistenza sanitaria diretta**: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da BIMUTUA per il tramite di Previmedical S.p.A., società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate da parte della Mutua dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico;
- b) **assistenza sanitaria rimborsuale**: è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile dalla Mutua per il tramite di Previmedical, nei limiti prestabiliti dal Sussidio di riferimento. Il presente regime trova altresì applicazione nell'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa.
- c) **assistenza sanitaria regime misto**: è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese per ricoveri eseguiti presso strutture convenzionate con il Network Previmedical, ma con prestazioni eseguite da professionisti non convenzionati con le franchigie esposte nei singoli sussidi, e/o con l'applicazione del relativo Tariffario.

Segnaliamo altresì che è possibile usufruire del Servizio "SEGUI LA TUA PRATICA®", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare. In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b) eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- c) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso.

I. ASSISTENZA DIRETTA

A.1 - ACCESSO AL CIRCUITO SANITARIO CONVENZIONATO

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente richiedere l'emissione del *VoucherSalute* alla Centrale Operativa (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno).**

Si precisa che, anche per le prestazioni odontoiatriche, l'Assistito dovrà di volta in volta richiedere singolarmente l'emissione del *VoucherSalute* per ogni prestazione che deve eseguire e che non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano direttamente dagli Studi Odontoiatrici.

La Centrale Operativa, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, rilascia all'Assistito un *VoucherSalute* entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria. Qualora vengano richieste integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni viene quindi a decorrere dal giorno di ricezione della documentazione completa. Il *VoucherSalute* contiene evidenza delle eventuali spese che rimangono a carico dall'Assistito (a titolo esemplificativo franchigie, scoperti).

Il rilascio del *VoucherSalute* può essere richiesto attraverso i seguenti canali:

APP mobile CITRUS disponibile per IOS e Android

Portale WEB (Area Iscritto):

<https://webab.previmedical.it/claim-bimutua-iscritto/default-function.do>

Numeri Telefonici dedicati (Centrale Operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno):

- **800.55.77.88** da telefono fisso (numero verde gratuito)
 - **199.28.51.23** da cellulare (a tariffa agevolata)
 - **0039 0422. 1744 385** dall'estero
- assistenza.bimutua@previmedical.it

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

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- prestazione da effettuare.

L'Assistito potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria Area Riservata o alla App Mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Compatibilmente con le disponibilità territoriali, saranno individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative (nel caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire l'impegno all'effettuazione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del *VoucherSalute*.

L'Assistito confermerà una delle strutture convenzionate proposte, ovvero potrà individuarne una diversa; **in quest'ultimo caso non è garantita da parte della Centrale Operativa l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del *VoucherSalute*.**

Con riferimento alle prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come per esempio l'Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico) o nell'ipotesi in cui sia prossima la scadenza della copertura sanitaria, si ricorda all'Assistito di richiedere per tempo il rilascio del *VoucherSalute* perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che residuano rispettivamente al raggiungimento del limite previsto dalla garanzia o alla cessazione della copertura (ad esempio se l'Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico potesse essere eseguita fino al 30 novembre e il *VoucherSalute* fosse rilasciato il giorno 10 Novembre, quest'ultimo avrà validità di 20 giorni ai fini della esecuzione delle prestazioni).

Nel caso in cui l'Assistito non si attivasse per tempo si ricorda che non è garantita l'esecuzione della prestazione in tempi inferiori a 30 giorni e pertanto potrebbe non essere operante la copertura.

L'Assistito dovrà trasmettere alla **Centrale Operativa - tramite Area Riservata o App Mobile o a mezzo mail dedicata al proprio sussidio o via fax** (al numero 0422.1744.885) la seguente documentazione:

- **prescrizione/certificato medico** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata.** Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione (sanitaria ed odontoiatrica).

La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Per le prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendo anche la trasmissione della stessa in tale fase.

- **copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up;**
- **in caso di infortunio:**

il referto del Pronto Soccorso, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

In caso di incidente stradale – in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - **l'Assistito è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

La Centrale Operativa verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica trasmessa (o comunicata telefonicamente per le prestazioni diverse dal Ricovero se la lettura è stata ritenuta sufficiente dalla Centrale Operativa) dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel sussidio di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal sussidio all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio, in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

Il **VoucherSalute**, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmesso all'Assistito **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata dallo stesso individuata.

L'Assistito dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail del **VoucherSalute**. Qualora l'Assistito non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione del **VoucherSalute** la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi Personal Computer.

All'interno dell'sms o della email sarà presente un *link web* breve (c.d. "*tiny link*") che consentirà la visualizzazione del **VoucherSalute** sullo schermo del dispositivo. Il **VoucherSalute** potrà contenere una forma visibile del QR code per facilitare la lettura delle informazioni all'accesso in struttura sanitaria.

Come sopra indicato, la scadenza del periodo di validità del **VoucherSalute** è fissata in 30 giorni dalla data di emissione dello stesso; **nel caso in cui il VoucherSalute fosse scaduto, l'Assistito**

potrà richiederne la **ri-emissione immediata** (l'Assistito non dovrà più attendere il decorso di ulteriori 7 giorni di calendario dalla richiesta) tramite la propria Area Riservata o l'App Mobile, senza necessità di allegare nuovamente la documentazione già trasmessa.

Il *VoucherSalute* sarà rinnovabile a partire dal ventesimo giorno dalla sua emissione per un numero massimo di ulteriori due volte, quindi con una finestra complessiva di validità di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura (ad esempio: se il primo ***VoucherSalute*** è emesso il 01/03/2019, causa scadenza dello stesso, a seguito delle due ri-emissioni massime consentite, la data ultima per l'esecuzione della prestazione è il 29/05/2019).

Il ***VoucherSalute*** non potrà essere annullato dall'Assistito. Qualora l'Assistito abbia, per motivi eccezionali, la necessità di farlo dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa.

In sede di accesso presso la Struttura Sanitaria convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire il *VoucherSalute* ricevuto dalla Centrale Operativa e consegnare la prescrizione medica.

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, del nuovo ***VoucherSalute***.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza di cui al successivo punto b).

Restano a carico dell'Assistito eventuali somme non riconosciute dai piani Sanitari di riferimento (a titolo esemplificativo franchigie e scoperti).

Il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini dei Piani Sanitari, secondo le condizioni della convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati, è effettuato da parte di Previmedical.

Si segnala infine che le prestazioni convenzionate presso strutture e/o i medici aderenti al network possono essere fruite esclusivamente in regime di assistenza diretta.

A.2- ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA (SOLO PER RICOVERO)

Esclusivamente per la garanzia Ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere il rilascio del *VoucherSalute* entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

A tal fine dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui l'Assistito è ricoverato.

Il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale Operativa tramite mail o a mezzo fax (al numero 0422.17.44.885) allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

Resta inteso che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa; a tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente a ricoveri erogati in regime di assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

A.3- LA PRENOTAZIONE

L'Assistito, ottenuto il *VoucherSalute*, prenoterà personalmente la prestazione contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

L'Assistito ha l'obbligo di non fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del *VoucherSalute*; eventuali disservizi che dovessero derivare da una diversa modalità di contatto con la Struttura Convenzionata rimarranno in ogni caso a carico dell'Assistito.

La struttura sanitaria utilizzando l'apposita piattaforma informatica avrà visibilità del *VoucherSalute* emesso, in modo da poterlo verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.

Dalla stessa piattaforma la Struttura potrà confermare alla Centrale Operativa la data di esecuzione della prestazione.

Nel caso in cui il *VoucherSalute* fosse scaduto, l'Assistito dovrà richiederne la ri-emissione tramite la propria Area Riservata o App Mobile CITRUS.

A.4- DOPO L'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE

A prestazione avvenuta, l'Assistito 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 dal sussidio di riferimento), nonché, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (ad esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.).

Previmedical provvede al pagamento delle spese, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assistito e/o alla Struttura Sanitaria (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota in caso di ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, ...).

Gli Assistiti riconoscono espressamente che Previmedical, e BIMUTUA non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle Strutture Sanitarie e dai Medici chirurghi con essa Convenzionati; pertanto prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle Strutture ed ai Medici Chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti. L'esclusione di responsabilità è operante a condizione che la Struttura ed i Professionisti Convenzionati siano in regola con tutti i requisiti che la legge richiede per l'attività medica.

Resta inteso che:

- nel caso in cui la Mutua non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assistito dovrà sostenere in proprio le relative spese;
- l'Assistito che si avvale delle prestazioni in regime di Assistenza Diretta delega la Mutua a pagare o a far pagare "in suo nome e per suo conto", a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste;
- qualora il sinistro risultasse non risarcibile, l'Assistito si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto dalla Mutua.

II. ASSISTENZA INDIRECTA

B.1 - COME RICHIEDERE IL RIMBORSO

Qualora l'Assistito preferisca non avvalersi delle Strutture Convenzionate, rientranti nel network sanitario reso disponibile da BIMUTUA per il tramite di Previmedical, ma riceva delle prestazioni presso **Strutture diverse e da lui liberamente scelte**, potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti prestabiliti dal proprio sussidio.

La presentazione della pratica di rimborso, può essere effettuata attraverso i seguenti canali:

APP mobile CITRUS: acquisizione mediante la fotocamera dei documenti medici e di spesa

<https://webab.previmedical.it/claim-bimutua-iscritto/default-function.do>

Portale WEB (Area Iscritto): inserimento dei documenti medici e di spesa scannerizzati

Ufficio Rimborsi BIMUTUA:

- **Via mail:** invio dei documenti medici e di spesa scannerizzati, accompagnati dal Modulo di Richiesta di Rimborso, compilato in ogni sua parte, con particolare attenzione alla richiesta di consenso al trattamento dei dati particolari (dati sanitari).
- **Via posta:** invio dei documenti medici e di spesa in fotocopia, accompagnati dal Modulo di Richiesta di Rimborso, compilato in ogni sua parte, con particolare attenzione alla richiesta di consenso al trattamento dei dati particolari (dati sanitari).

Mail: ufficio.rimborsi@bimutua.it

Viale Parioli, 47 - 00197 - Roma

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, ricevuta la prestazione e/o il ciclo di cure, dovrà presentare:

- **documentazione medica**

- a) **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata.**

La prescrizione medica deve essere stata predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore abbia anche parzialmente erogato le prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto;

- **In caso di infortunio** è necessario fornire il referto del Pronto Soccorso, in quanto l'infortunio deve essere oggettivamente documentabile. **Qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assistito è obbligato a comunicare il nominativo ed il recapito del terzo responsabile** oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso. **In caso di incidente stradale** – in concomitanza con la prima richiesta di rimborso, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenze dello stesso - **l'Assistito è tenuto a trasmettere il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID** (constatazione amichevole).
- **In caso di cure dentarie da infortunio** le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (**referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie**).

Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

- cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso;
- relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;
- certificato del medico oculista**, dell'optometrista o ortottista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previsto dal sussidio), intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta"; inoltre, la richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno.
Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.
- copia del tesserino "esenzione 048"** per le prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
- preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso**, in caso di piani di cura **odontoiatrici** pluriennali. In caso contrario, la richiesta di rimborso per cure dentarie dovrà essere presentata al termine del piano di cura.
- quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

- **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura e/o da **Centro Medico**, (inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente

autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria). La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Qualora l'Assistito sia coperto da altri Fondi o Enti, è necessario richiedere il rimborso prima a quest'ultimi e successivamente a Bimutua con l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali Scoperti/Franchigie/Limiti di indennizzo.

Il rimborso delle **spese sostenute all'estero** in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

La presentazione della domanda deve essere inoltrata a terapia o cura ultimata fermo restando comunque quando disposto all'art.2952 comma 2 c.c.

L'Assistito deve inoltre:

1. sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati, fornendo ogni informazione che la stessa ritenga necessaria;
2. sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'assistito titolare della copertura assistenziale, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Mutua e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- Certificato di morte dell'assistito;
- Copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- In assenza di testamento, Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assistito è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la

capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;

- Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Mutua alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- Fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

B.2- UTILIZZO DELLA CARD (Previmedical -Bimutua)

L'assistito qualora intenda utilizzare anche a rimborso una struttura convenzionata con Previmedical avrà in ogni caso l'obbligo di farsi identificare – esibendo la card elettronica Previmedical - Bimutua (scaricabile dall'APP CITRUS o dalla propria Area Iscritto e/o visualizzabile sullo schermo del dispositivo) – al fine di ottenere l'applicazione del Tariffario CARD convenzionato con la struttura.

Sull'importo della fattura della struttura saranno comunque applicati scoperti e franchigie previsti per il regime rimborsuale.

C.2 - LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA DI RIMBORSO

Accedendo alla propria area riservata dal sito internet

<https://webab.previmedical.it/claim-bimutua-iscritto/default-function.do>

(Area Iscritto), l'Assistito, 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 nei cinque anni precedenti, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

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

III. - ULTERIORI SERVIZI DI SUPPORTO AGLI ASSISTITI

BIMUTUA mette a disposizione degli Assistiti la Centrale Operativa, da contattare attraverso il numero dedicato

Contattando i numeri telefonici:

- **800.55.77.88** da telefono fisso (numero verde gratuito)
- **199.28.51.23** da cellulare (a tariffa agevolata)
- **0039 0422.17.44.385** dall'estero
- **0422.1744.885** numero fax
- assistenza.bimutua@previmedical.it- email

per ottenere informazioni su:

- *garanzie e prestazioni coperte;*
- *procedure operative;*
- *stato del sinistro;*
- *attivazione servizio di presa in carico diretta;*
- *Strutture Sanitarie e Medici convenzionati appartenenti al network sia in Italia che all'estero.*

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno per fornire i servizi sopra descritti.

La informiamo che le telefonate alla Centrale Operativa Previmedical/ Bimutua potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio.