



SCHEDA TECNICA

POLIZZA n. 81301025 – copertura rischi economici dei medici di Medicina Generale

Il Medico di Famiglia, quando si assenta per malattia ed infortunio dal servizio per più di 3 giorni consecutivi, deve comunicare alla competente A.S.L. il nominativo del collega che lo sostituisce al quale dovrà corrispondere un emolumento per i primi 30 giorni. La polizza in questione nasce, per compensare il medico del danno economico subito in questa circostanza. Per questo motivo viene richiesta la fattura, che rappresenta l'unico documento comprovante l'effettivo carico economico subito. Nel caso in cui il medico nominato abbia assicurato la sostituzione, a titolo gratuito (per es.: un collega con il quale si scambia mutualmente il servizio) non è previsto il rimborso per la semplice ragione che non c'è stato alcun danno economico.

Questo sistema consente una corretta gestione della polizza ed assicura la massima trasparenza.

CONTRAENTE

Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali con i Medici di Medicina Generale.

ASSICURATORI

Assicurazioni Generali S.p.A. - Delegataria

Unipol - Coassicuratrice

Fondiarìa – Sai - Coassicuratrice

ASSICURATI

I Medici di Medicina Generale

GARANZIE

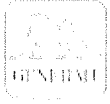
La Società corrisponde al medico, che a causa di malattia si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera e che abbia comunicato tale impossibilità alla competente azienda A.S.L. e quindi sia stato sostituito da altro medico, il rimborso dell'effettiva spesa sostenuta dall'assicurato stesso – nei limiti riportati al successivo punto "limiti delle prestazioni" -, a presentazione della fattura in originale, quietanzata per avvenuto pagamento, rilasciatagli dal collega sostituito. La fattura riporterà anche la descrizione del servizio reso (sostituzione) e del periodo in cui lo stesso è stato effettuato.

LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Il rimborso sarà corrisposto, all'assicurato, entro il limite di un importo massimo giornaliero calcolato secondo un indice forfettario delle competenze spettanti dell'ACN a titolo dell'Art. 59 lettera A comma 1, con la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità individuata convenzionalmente nel 20% (integralmente nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; maggiorati del 20% nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo; ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.);

Il suddetto rimborso sarà calcolato con decorrenza dal:

- sesto giorno di sostituzione fino al trentesimo giorno, per ogni malattia che non comporti ricovero in Istituto di Cura;
- primo giorno di sostituzione fino al trentesimo, in caso di malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti ricovero in Istituto di Cura, day hospital con intervento chirurgico, day hospital per malattia oncologica anche senza intervento chirurgico;
- primo giorno di sostituzione fino al trentesimo, in caso di malattia in gravidanza che comporti ricovero in Day Hospital per prestazioni diagnostiche invasive (amniocentesi, endoscopie con biopsia, biopsie, coronarografie, eliminazione dei calcoli renali attraverso bombardamento/laser);



- o primo giorno di sostituzione sino al trentesimo, in caso di infortunio senza ricovero che abbia per conseguenza un grave traumatismo. (che comporta immobilizzazione o gessatura superiore a 40 gg.)

La sostituzione si deve iniziare e concludere in giorno lavorativo - eventuali giorni festivi all'inizio e/o al termine del periodo non saranno liquidati.

La Garanzia non è operante nei seguenti casi:

1. gravidanza;
2. interruzione volontaria della gravidanza (legge n. 194 del 22/05/1978 e successive modifiche);
3. maternità – nei due mesi antecedenti la data del parto e nei tre mesi successivi la data effettiva del parto (ai sensi della legge n. 379 del 11/12/1990);
4. aborto, spontaneo o terapeutico, verificatosi nel periodo compreso tra l'inizio del terzo mese e il termine del sesto mese (ai sensi della legge n. 379 del 11/12/1990);
5. cure termali;
6. alcolismo, tossicodipendenza;
7. infermità mentale, secondo quanto stabilito dall'art. 19 comma f dell'A.C.N.;
8. uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci;
9. azioni dolose commesse o tentate dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
10. quanto previsto agli artt. 18 e 19 dell'A.C.N..

Sono inoltre escluse dalla garanzia le malattie senza ricovero che abbiano colpito il medico assicurato nei quindici giorni immediatamente successivi alla chiusura di ogni precedente periodo, per il quale sia stato richiesto il rimborso a termini della presente assicurazione.

PRESCRIZIONE

In base all'art. 2952 del Codice Civile la prescrizione si realizza trascorso un anno dalla data effettiva di accadimento dell'evento. L'interruzione dei termini può avvenire solo su comunicazione del medico e resta valida per un anno dalla data dell'ultima comunicazione.

DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato deve comunicare – a mezzo di raccomandata al Servizio Malattia Medici – sezione Medici di Medicina Generale – l'inizio della malattia che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera e la sostituzione con altro medico. (non vengono accettate denunce via fax o via telefono).

La comunicazione deve essere inviata entro 10 gg. dall'inizio della malattia ovvero dalla dimissione dall'Istituto di Cura che contenga:

1. certificato medico o dichiarazione di ricovero in Istituto di Cura;
2. esatto recapito ove il medico si rende reperibile durante il decorso della malattia.
3. autodichiarazione che attesti lo svolgimento di tutti gli incarichi in Convenzione. (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ecc.)

LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER EFFETTUARE IL RIBORSO E' RIPORTATA NELLA COMUNICAZIONE ALLEGATA CHE VIENE INVIATA AL MEDICO NON APPENA RICEVUTA LA DENUNCIA DI INIZIO MALATTIA.

RIFERIMENTI

Servizio Malattia Medici

Viale di Villa Massimo, 39 - 00161 Roma (RM) - Tel. 06/44248341

Responsabile

Laura CARMOSINO

Altri Operatori

Valentina MANCINI – Marianna AMORE