



A tutti i concorrenti

Oggetto: Procedura di gara per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa. - Risposte a quesito n. 10.

Un concorrente interessato alla procedura di gara in oggetto ha formulato il quesito che di seguito si riporta, accompagnato dalle dovute risposte.

QUESITO N. 10

QUESITO: "In riferimento alla gara in oggetto, Lotto 8, siamo a richiedere i seguenti chiarimenti:

Disciplinare di gara

10.1 A pagina 4 al punto 2 "Oggetto, importo e durata dell'appalto" si legge " (...). I contratti assicurativi oggetto del presente appalto avranno una durata fissata in anni 3 (...) Alla scadenza di tali contratti sarà facoltà di Roma Metropolitane procedere al loro rinnovo (...) per una durata inferiore o pari alla originaria, laddove ritenuto opportuno dalla stessa Roma Metropolitane e secondo la normativa vigente (...)".
Si chiede conferma che tale facoltà possa essere esercitata da entrambe le parti.

Lotto 8 – Capitolato Tecnico

10.2 Con riferimento all'art. "DEFINIZIONI" si propone a codesta Spettabile Stazione Appaltante, di integrare la seguente definizione al fine di ottimizzare l'ambito di operatività del Piano Sanitario:

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società e corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute in caso di ricovero e/o di day hospital.

10.3 Con riferimento all'Art. 4. Finalità" e all'Art. 11. Oggetto dell'Assicurazione" si chiede cortese conferma della seguente interpretazione:

- *l'infortunio, e conseguentemente sia gli eventi sia i postumi che ne sono derivati, sarà inteso in copertura qualora l'infortunio stesso si sia verificato durante l'operatività del presente piano sanitario.*

ROMA 

ROMA METROPOLITANE S.r.l. (Società per la realizzazione delle Metropolitane della Città di Roma a r.l.)
Sede: via Tuscolana 171/173 - 00182 Roma - tel. 06.454640100 - fax 06.454640111
pec: protocollo@pec.romametropolitane.it
Cap. Soc. Euro 2.500.000,00 i.v. - C.F., P. IVA e Reg. Impr. 05397401000 - R.E.A. 883542 Roma
Società unipersonale soggetta a direzione e coordinamento da parte di Roma Capitale



AS
AC

- 10.4 Con riferimento all'Art. 5. Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio", si chiede conferma che l'articolo debba essere considerato nullo, in quanto non è prevista la compilazione del Questionario Anamnestico.
- 10.5 All'Art. "Ospedaliere 12.1) Intervento chirurgico effettuato in istituto di cura o in ambulatorio" e più precisamente al comma g), si legge: "(...) tale viene prestata nel limite di € 774,69 per ciascun anno assicurativo; il suddetto limite viene raddoppiato in caso di ricovero all'estero. La presente garanzia si intende prestata in eccedenza al massimale garantito e solo in caso di ricovero comportante l'intervento chirurgico (...)"
Si chiede cortese conferma delle seguenti interpretazioni:
- tale massimale è inteso per anno assicurativo e per nucleo familiare;
 - solo nel caso di ricoveri effettuati all'estero, le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione saranno liquidate nel limite di € 1.549,37 per anno e per nucleo.
- 10.6 Si ritiene che i riferimenti ai punti 14.1) e 14.2) citati ai punti "12.3) Day-hospital", "12.4) Parto fisiologico: sottolimito di massimale" e "12.7) Indennità sostitutiva" debbano essere considerati un refuso e debbano quindi essere sostituiti coi riferimenti ai punti 12.1) e 12.2) come qui di seguito riportato:
- punto "12.3) Day-hospital"
in caso di degenza in istituto di cura in regime di "day-hospital" sono rimborsate le spese, come previsto ai punti 12.1) e 12.2)"
 - punto "12.4) Parto fisiologico: sottolimito di massimale"
in caso di parto senza taglio cesareo, la Società rimborsa le spese di cui al punto 12.2), con il limite massimo di € 4.000 per evento"
 - punto 12.7) Indennità sostitutiva
in caso di degenza a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale sono rimborsate le spese, come previsto ai punti 12.1) e 12.2). (...)"
- Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.
- 10.7 Con riferimento al punto "12.6) Rimpatrio della Salma" si chiede cortese conferma il limite per il rimborso di eventuali spese sostenute debba considerarsi aggiuntivo rispetto a quanto previsto per il trasporto in caso di ricovero all'estero di cui al punto 12.1) comma g), e nel massimo di € 1.549,37 per anno assicurativo e per nucleo familiare.
- 10.8 Al punto "12.9) Spese di ricovero-Franchigie e Scoperti" si legge:
"(...) Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia, i ricoveri (escluso il Day-Hospital) verificatisi a distanza di non oltre 20 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e pertanto la franchigia verrà applicata una sola volta".

Al fine di agevolare la gestione operativa di questi eventi, si chiede a codesta Spettabile Società Appaltante, che le spese di tali ricoveri debbano essere richieste e inoltrate dall'Assicurato alla Società, con il medesimo invio.

10.9 Con riferimento al punto "12.12) Spese per cure dentarie, protesi anatomiche, apparecchi acustici, lenti e occhiali da vista" si chiede conferma che le spese in caso di lenti e occhiali da vista verranno rimborsate con lo scoperto del 20% e la franchigia di € 51,65 applicati per fattura e per persona nel limite del massimale di € 774,69 per anno assicurativo e per nucleo familiare come previsto dall'allegato "FORMA "D" INTEGRATIVA AL F.A.S.I.

10.10 A pagina 11 all'Art. 15 "Forme riservate ai familiari non a carico o non assistiti dal F.A.S.I. si legge "E" data facoltà agli iscritti alla Cassa di includere in garanzia, (...), i familiari non a carico o non assistiti da F.A.S.I., (...). La Forma di appartenenza NAC varrà per tutti i "familiari non a carico". Le somme assicurate ed il contributo sono individuali (...)-

Si chiede conferma all'Ente che le garanzie e i premi da attribuire ai familiari non a carico o non assistiti dal F.A.S.I. verranno discusse dalle Parti successivamente l'aggiudicazione del servizio assicurativo.

10.11 All'Art. "16 Operatività valida per tutte le forme", si legge:

"Per le sole Forme integrative, qualora F.A.S.I. ed equivalenti rifiutino di erogare il rimborso delle spese presentate malgrado queste rientrino fra quelle previste dai rispettivi regolamenti e sempreché queste risultino indennizzabili in base alla Convenzione Assicurativa stipulata dalla Cassa, verrà dato corso al rimborso delle sole spese eccedenti quanto previsto nei Regolamenti medesimi. Resteranno pertanto a carico dell'iscritto gli importi previsti dai Tariffari adottati dai suddetti Fondi. (...)"

Tenuto conto dei numerosi Fondi Sanitari esistenti ed al fine di velocizzare tutte le pratiche e le tempistiche per i rimborsi, si propone a codesta Spettabile Società Appaltante, di adottare la seguente modalità in alternativa a quella sopra-riportata:

Le spese per le prestazioni previste sia al piano sanitario sia dal tariffario del Fondo di riferimento dell'Assicurato, verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 50% nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto ed ottenuto il rimborso da parte dello stesso Fondo.

10.12 Sempre con riferimento all'art. "16 Operatività valida per tutte le forme", si legge:

"(...) Nel caso in cui le spese sostenute, pur non rientrando tra quelle previste dai Regolamenti dei Fondi suddetti, risultassero invece indennizzabili a termini delle Convenzioni Assicurative stipulate dalla Cassa, verrà dato corso al loro rimborso alle condizioni previste dalle Forme e con le modalità sopra descritte".

Si chiede cortesemente quali siano gli scoperti e/o le franchigie che devono essere applicati nel caso in cui le prestazioni sia ricomprese nel presente piano sanitario ma non siano previste nel tariffario del Fondo di riferimento, poiché tale modalità risulta non esplicitata nell'allegato "FORMA "D" INTEGRATIVA AL F.A.S.I."

10.13 All'Art. 17 Esclusioni", al punto 6, si legge:

"(...) E' comunque ricompresa l'agopuntura effettuata da medico".

Si chiede conferma che l'agopuntura effettuata da medico sia intesa in copertura nel caso delle prestazioni di cui all'art. "A. Ospedaliere".

10.14 Con riferimento alla voce "Anticipo" previsto agli allegati "FORMA "D" INTEGRATIVA AL F.A.S.I.", "FORMA "F" COMPLETA" e "FORMA "F3" COMPLETA (Riservato al solo iscritto)" si chiedono le seguenti conferme:

- nel caso del piano di cui alla "FORMA "D" INTEGRATIVA AL F.A.S.I.", la voce "Anticipo" possa essere intesa rivolta al Fondo di riferimento in quanto ad integrazione del Fondo FASI ed equivalenti prevede la corresponsione delle sole spese non rimborsate dai Fondi di riferimento
- nei piani di cui alla "FORMA "F" COMPLETA" e "FORMA "F3" COMPLETA (Riservato al solo Iscritto)" l'Anticipo possa essere erogato all'Assicurato previa la presentazione del preventivo emesso dalla struttura ospedaliera, della documentazione clinica completa e del certificato di avvenuto ricovero.

10.15 Con riferimento agli allegati "FORMA "D" INTEGRATIVA AL F.A.S.I.", "FORMA "F" COMPLETA" e "FORMA "F3" COMPLETA (Riservato al solo Iscritto)" si chiede cortesemente il tariffario di riferimento espressamente citato per quanto concerne la modalità di erogazione sia in network che fuori network delle prestazioni di "Ortognatodonzia" e di "Impiantologia".

10.16 Con riferimento agli allegati "FORMA "F" COMPLETA e "FORMA "F3" COMPLETA (riservato al solo Iscritto)" si legge "Alta diagnostica Massimale € 2.582,28 – Scoperto 20% - Scoperto minimo € 51,65", si conferma che le spese per alta diagnostica sono rimborsate con scoperto 20% e minimo € 51,65 per prestazione erogata?

RISPOSTA: Nel seguito si riportano le risposte a tali quesiti:

- 10.1 La facoltà di rinnovo compete esclusivamente a Roma Metropolitane.
- 10.2 Non è possibile procedere alla integrazione richiesta.
- 10.3 Si conferma l'interpretazione riportata nel quesito.
- 10.4 Si conferma l'interpretazione riportata nel quesito.



- 10.5 Si conferma l'interpretazione riportata nel quesito.
- 10.6 Si conferma, si tratta di un refuso e quindi è corretta l'interpretazione riportata nel quesito.
- 10.7 Si conferma l'interpretazione riportata nel quesito.
- 10.8 Non è possibile in fase di gara apportare modifiche al Capitolato.
- 10.9 Si conferma l'interpretazione riportata nel quesito.
- 10.10 Si conferma che qualora si decida di attivare la facoltà, le condizioni verranno discusse dalle Parti successivamente.
- 10.11 Non è possibile in fase di gara apportare modifiche al Capitolato.
- 10.12 Se la prestazione non è prevista dal FASI verrà rimborsata nei termini previsti dal Capitolato.
- 10.13 L'agopuntura effettuata da un medico è intesa in copertura nelle prestazioni specialistiche, ove previste.
- 10.14 Si confermano le interpretazioni riportate nel quesito per la lettera a) e per la lettera b).
- 10.15 Il Tariffario sarà proposto dalla Compagnia.
- 10.16 Si conferma l'interpretazione riportata nel quesito.

Distinti saluti


Il Presidente e Amministratore Delegato
Dott. Paolo Omodeo Salè