

E' stato sottoscritto da pochi giorni il rinnovo della convenzione per la polizza sanitaria, per un ulteriore biennio. A fronte di un leggero aumento dei premi, si è ottenuta una importante estensione delle prestazioni.

PREMI

1. **€160,00** se il medico o il superstite aderisce solo per se stesso
2. **€360,00** se il medico o superstite aderisce per se e per il proprio nucleo familiare (se composto da una sola persona)
3. **€480,00** se il medico o superstite aderisce per se e per il proprio nucleo familiare (se composto da due o più persone)

NOVITA':

Fermo restando che questa assicurazione rimborsa le spese sostenute a seguito di qualsiasi intervento chirurgico, semprechè non sia conseguenza di patologie diagnosticate o curate prima dell'ingresso in polizza del singolo aderente, ed alcuni gravi eventi morbosi (allegato A) che comportino una invalidità permanente superiore al 66%

1. possibilità di usufruire, in caso di necessità di subire un intervento chirurgico, del **CONVENZIONAMENTO DIRETTO senza** applicazione di **franchigia**. Ossia la possibilità di usufruire della rete di centri clinici ed équipes mediche convenzionate con GGL su tutto il territorio.
2. in caso di ricovero in struttura pubblica per intervento chirurgico, pertanto in assenza di spese, corresponsione di una **diaria giornaliera di € 200,00** sin dal primo giorno di ricovero
3. in caso di ricovero in struttura pubblica per grave evento morboso corresponsione di una **diaria giornaliera di €150,00** sempre senza franchigia
4. **estensione delle prestazioni in caso di cure oncologiche** (fino allo scorso anno venivano rimborsate solo le spese sostenute per le terapie oncologiche)
5. aumento della **franchigia al 25%** in caso di ricovero sostenuto in **strutture non in convenzione** (con il minimo di €500,00 e massimo di €5.200,00).

MODALITA' DI ADESIONE:

coloro che hanno aderito lo scorso anno riceveranno a casa il bollettino mav per il pagamento del premio annuale corrispondente all'adesione già espressa

Se vorranno apportare variazioni (ossia inserire il proprio nucleo familiare o modificarne i componenti a seguito di variazioni intervenute nello stato di famiglia) dovranno compilare nuovamente il modulo di adesione. Successivamente alla registrazione dell'adesione verrà inviato il bollettino per il pagamento del premio (semprechè comporti variazione nell'importo del bollettino mav già inviato).

Il modulo di adesione, sia per coloro che devono apportare variazioni all'adesione dello scorso anno, sia per tutti coloro che vogliono aderire per la prima volta, è disponibile sul sito internet scaricabile o compilabile on-line (per i solo iscritti all'area riservata enpam, seguendo le istruzioni indicate sul sito), o sul giornale della previdenza (n° 4 e 5/2007) o presso le sedi degli ordini della propria città. Il modulo prelevato dalla rivista, dal sito www.enpam.it o presso le sedi degli ordini, dovrà essere compilato e spedito a: FONDAZIONE ENPAM – Casella postale 7216 – 00100 ROMA NOMENTANO.

Il pagamento del premio dovrà essere effettuato entro la data di scadenza indicata sul Mav.

COME PROCEDERE PER CHIEDERE IL RIMBORSO

In caso di utilizzo di strutture non in convenzione con Generali, o di strutture pubbliche (richiesta di **indennità sostitutiva**) la richiesta di rimborso deve essere corredata della

necessaria documentazione medica completa (**copia della cartella clinica**) e delle **fatture di spesa in originale**, inoltre vanno indicate le **coordinate bancarie** del richiedente il rimborso per il relativo accredito e deve essere inviata mediante raccomandata con ricevuta di ritorno a:

GGL - Gruppo Generali Liquidazione danni (gestione sinistri polizze enpam)

Via CASTELFIDARDO 42/45 – PIANO 5° - 00185 ROMA

Si può utilizzare per l'invio della documentazione il modulo reperibile sul sito alla voce "modulo per la richiesta di rimborso"

COME ATTIVARE IL CONVENZIONAMENTO DIRETTO

Per accedere ai servizi è necessario che l'Assicurato contatti preventivamente la Centrale Operativa, in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20, il sabato dalle 8 alle 13, chiamando dall'Italia e dall'Estero il numero **02 – 58240015** comunicando: nome e cognome, numero di polizza e recapito telefonico.

In caso di ricoveri urgenti in orario diverso da quello indicato, si richiede all'assicurato di contattare la Centrale Operativa il primo giorno feriale disponibile.

Valutate le specifiche esigenze cliniche dell'Assicurato ed in virtù dei canali preferenziali d'accesso, la Centrale Operativa prenoterà il ricovero in nome e per conto dell'Assicurato presso il Centro Clinico convenzionato e con l'Équipe medica convenzionata, dandone conferma telefonica all'Assicurato.

Alla positiva verifica della convenzione da parte della Centrale Operativa, al fine di proseguire nella gestione, è necessario che l'assicurato trasmetta via fax allo 041-2598849 la prescrizione medica con l'indicazione della prestazione da effettuare corredata dalla necessaria e completa documentazione medica indicante la diagnosi patologica nonché la storia anamnestica relativa alla prestazione che si richiede. La verifica della documentazione clinica completa si rende necessaria al fine di confermare l'operatività della copertura anche e soprattutto relativamente all'art. 3 – Limiti delle prestazioni.

Qualora la Centrale Operativa non ritenga la documentazione inviata sufficiente a garantire con certezza l'operatività della copertura, non verrà confermata la presa in carico restando ferma la facoltà dell'Assicurato di adire all'assistenza indiretta per il rimborso delle spese sostenute.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI:

Tutti gli iscritti potranno rivolgersi per ulteriori informazioni e chiarimenti al call-center 199168311 (attivo dal 1/4/2007 al 31/07/2007 dal lunedì al venerdì).