



CONVENZIONE PER ATTIVITA' DI RICOVERO A PAGAMENTO

TRA

L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA di BOLOGNA POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI, in seguito indicata come "**Azienda**", con sede legale a Bologna – Via Albertoni 15 - codice fiscale 92038610971 partita Iva 02553300373, rappresentata Direttore Generale Dott. AUGUSTO CAVINA, nato a Imola (BO) il 24.2.1946 in qualità di rappresentante Legale, domiciliato per la carica presso la sede aziendale,

e

_____ **s.p.a.**, in seguito indicata come "**Società**", con sede legale a _____ in via _____ n. ____, codice fiscale e partita Iva _____, rappresentata da in qualità di, nato a..... il e residente a..... in

PREMESSO CHE

1. la presente convenzione riguarda entrambe le categorie di clienti sotto descritte nei limiti dei loro contratti o polizze di assicurazione:
 - gli "**assistiti in forma diretta**": vale a dire coloro che utilizzano la "rete" di Strutture convenzionate con la Società, la quale provvede al pagamento delle prestazioni erogate;
 - gli "**assistiti in forma indiretta**": cioè quelli cui è consentito l'accesso alla "rete" di Strutture convenzionate, con pagamento da parte loro delle prestazioni ai prezzi di cui al presente contratto;
2. il **tariffario di cui all'allegato 1)**, indica le tariffe relative alle prestazioni per ricovero a pagamento che la Società rimborserà all'Azienda alle quali dovrà essere aggiunto il comfort

Alberghiero secondo le tariffe indicate nell'allegato 1), nonché le eventuali prestazioni aggiuntive di cui all'art 3.

3. Si conviene che sia le premesse di cui sopra, sia gli allegati costituiscano parte integrante del presente contratto.

Tutto ciò premesso

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 - IMPEGNI DELL'AZIENDA

L'Azienda si impegna a:

1. fornire prestazioni libero-professionali intramurarie in costanza di ricovero (sia in regime ordinario che in day hospital/day surgery), svolte presso l'Azienda, dal personale di cui all'allegato elenco (allegato 2);
2. garantire la collaborazione necessaria al fine di pervenire nel modo ottimale all'erogazione delle prestazioni;
3. comunicare tempestivamente alla Società l'elenco aggiornato dei medici aderenti alle convenzioni assicurative;
4. fornire i nominativi, i numeri telefonici e di fax per attivare gli uffici incaricati di tenere i contatti operativi in caso di variazioni.

Ai medici ed al personale laureato del ruolo sanitario compete la responsabilità professionale delle proprie attività.

La Società non può essere ritenuta responsabile, in alcun modo, dei danni provocati alle strutture dell'Azienda dai clienti e dai loro accompagnatori che ne risponderanno a titolo personale.

ART. 2 – MODALITA' ACCETTAZIONE IN REGIME DI RICOVERO

La procedura amministrativa per l'erogazione dei ricoveri a pagamento è la seguente:

- 1) E' a carico del paziente l'onere di provvedere a contattare direttamente la propria Assicurazione.
- 2) La Società invierà all'Azienda un fax al n. 0516364815 (mod. _____ **“Preso in carico del ricovero”**). Particolare attenzione dovrà essere prestata alle seguenti voci:
 - elenco delle prestazioni prese in carico;

- note inserite nel fax, relative ad esclusioni, limitazioni o avvertenze; **la società si impegna a segnalare la presenza di eventuali franchigie a carico del paziente;**

- codice di presa in carico (che dovrà sempre essere riportato nelle fatture in copia).

3) L'Azienda farà, inoltre, sottoscrivere all'assicurato, dopo il ricevimento della comunicazione di presa in carico (v. punto precedente) e non oltre il giorno di ricovero, **una dichiarazione di impegno** per gli obblighi che eventualmente restassero a suo carico (**mod. _____**).

4) Nel caso di assistiti **in forma diretta** all'assicurato non verranno richiesti depositi cauzionali - o altre garanzie - e versamenti in acconto, all'atto del ricovero. Nel caso di assistiti **in forma indiretta** all'assicurato verrà richiesto il pagamento dell'acconto secondo il regolamento aziendale vigente (60% del preventivo formulato versato il primo giorno di ricovero).

5) Qualora, nel corso di un intervento, si renda necessario modificare il tipo di intervento stesso rispetto a quello preso in carico, ovvero occorra effettuare un intervento aggiuntivo, il medico deve indicare il codice e la denominazione del diverso o ulteriore intervento.

6) Durante un ricovero possono insorgere complicazioni tali da modificare in maniera sensibile i dati degli originari fax (preventivo e presa in carico). In particolare, si possono verificare le seguenti situazioni:

- variazioni del numero dei giorni di degenza previsti;
- diagnosi di una nuova patologia (diverso DRG);
- altre situazioni che determinino una sostanziale modifica dei costi del preventivo.

In tali casi, la Società sarà comunque tenuta al pagamento delle somme risultanti a consuntivo, se coperte dalle condizioni di polizza.

7) Qualora le complicazioni insorte durante un ricovero in regime libero professionale determinino il trasferimento del paziente dal reparto di libera professione a pagamento al reparto di riferimento ordinario individuato, il ricovero si considera, **dal momento del trasferimento**, come attività istituzionale. In base al DRG di dimissione, l'Azienda otterrà la corrispondente tariffa dalla Regione.

Resta a carico della Società il pagamento delle prestazioni effettuate prima del trasferimento (tariffe per il comfort alberghiero, onorari professionali dei medici, compensi spettanti al personale infermieristico di sala operatoria, e quote aziendali). Resta a carico della Società,

altresì, il pagamento dell'eventuale comfort differenziato in reparto, se richiesto dall'assistito e se compreso nelle condizioni di polizza.

- 8) Nel caso di duplice intervento contestuale su un medesimo paziente, la tariffa relativa all'intervento principale verrà addebitata integralmente alla Società, mentre la tariffa relativa all'intervento secondario verrà addebitata alla Società per il 50%, ad esclusione della quota DRG di cui all'art. 4 punto 3, in quanto verrà considerata unicamente la quota del DRG dell'intervento principale. Resta fermo l'obbligo della Società di corrispondere le somme relative alle voci restanti, relative a materiale protesico non compreso o eventuali.
- 9) Per tutto quanto non espressamente previsto ai punti precedenti, verranno osservate le modalità organizzative e procedurali adottate dall'Azienda in materia di ricoveri a pagamento, ivi compresa la modulistica in uso all'interno dell'Azienda.

ART. 3 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Qualora, a giudizio dei medici dell'Azienda si rendessero necessarie "prestazioni aggiuntive" rispetto a quelle prese in carico dalla Società, la richiesta di tali prestazioni deve essere inoltrata alla Società e deve essere autorizzata, in linea di massima prima dell'erogazione. In caso di mancata autorizzazione, l'Azienda procede previo consenso scritto dell'assistito, nella erogazione delle prestazioni aggiuntive, richiedendone il pagamento all'Assicurato.

Resta confermata l'obbligatorietà dell'esecuzione in caso di urgenza-emergenza in regime in regime ordinario.

Art. 4 COMPOSIZIONE TARIFFE

Le tariffe delle prestazioni libero-professionali erogate in regime di ricovero come indicate nell'Allegato alla presente convenzione, sono determinate secondo le modalità adottate in via generale dall'Azienda:

1. Compensi per medici specialisti, internisti, chirurghi, anestesisti, ed anatomo patologo e quota per compensi del personale di supporto di sala operatoria e/o endoscopia e/o radiologia comprensiva degli oneri nonché delle quote aziendali
2. Tariffa giornaliera di degenza secondo il tariffario comfort alberghiero per ricoveri a pagamento comprensiva anche dei costi per un accompagnatore.

3. Quota costi non rimborsati dal SSR, attualmente pari al **50% del DRG regionale** di dimissione (detta quota potrà subire automatiche variazioni in seguito all'entrata in vigore di eventuali normative nazionali o regionali previa tempestiva comunicazione)

Saranno inoltre a carico della Società:

- a) Il costo del materiale protesico non compreso nel D.R.G. o il materiale protesico ad alto costo;
- b) le eventuali consulenze e prestazioni diagnostiche per le quali il paziente richiede specificamente un determinato professionista.

Una copia della cartella clinica e documentazione connessa verrà inviata gratuitamente al domicilio del paziente ed una copia all'Assicurazione unitamente alla restante documentazione richiesta (impegno al pagamento e fattura).

ART. 5 - IMPEGNI DELLA SOCIETÀ

La Società liquida direttamente all'Azienda i corrispettivi determinati ai sensi dell'Art. 4.

L'Azienda non può pretendere esborsi di somme direttamente dagli assicurati in forma diretta, sia pure a titolo di anticipo, anche nel caso di ricovero, fatta eccezione per il pagamento delle spese per prestazioni non concordate e non prese in carico dalle Società.

Gli assicurati in forma indiretta, provvedono al pagamento diretto per le prestazioni ricevute sulla base delle medesime tariffe concordate con la Società. I nominativi degli assicurati in forma indiretta devono tassativamente essere segnalati dalla Società, prima del ricovero..

Le tariffe si intendono comprensive di ogni spesa sostenuta dall'Azienda (personale, spese generali, uso di apparecchiature, consumo di materiali, ecc.) e di quanto eventualmente previsto nella composizione tariffe (art. 4).

Le tariffe NON si ritengono, altresì, comprensive dei costi relativi di eventuali duplicazioni della documentazione riferita alle prestazioni erogate. Tali costi saranno fatturati a parte con le tariffe aziendali.

La Società è esonerata dall'obbligo di effettuare depositi cauzionali e resta convenuto tra le parti che il presente contratto non è esclusivo e che, pertanto, le parti sono libere di stipulare analoghi accordi con altri soggetti.

ART. 6 – FATTURAZIONE E PAGAMENTO DEI COMPENSI

All'atto delle dimissioni di un cliente, l'Azienda procederà all'incasso delle somme relative a prestazioni non prese in carico dalla Società o per spese voluttuarie non coperte.

A fronte delle prestazioni erogate, l'Azienda effettuerà apposita fatturazione:

A) per gli assicurati in forma diretta :

Entro il termine di 30 giorni dalla data di erogazione della prestazione l'Azienda invia:

1. alla Società (ufficio Liquidazione, via _____ - 1, CAP _____ Città _____) la seguente documentazione:
 - mod. _____ "Lettera di impegno", sottoscritto dall'assicurato;
 - fatture in originale, intestate all'assicurato; elenco analitico in allegato delle prestazioni fornite e del relativo codice, secondo il tariffario concordato;
 - copia della cartella clinica, se richiesta dalla Società

In presenza di documentazione incompleta, la Società entro 15 gg. dal ricevimento della stessa dovrà segnalare per iscritto la documentazione mancante e in tal caso i termini previsti per il pagamento decoreranno dal ricevimento.

B) per gli assicurati in forma "indiretta":

La fattura deve essere intestata all'assicurato - che provvede al pagamento del saldo della prestazione richiesta al momento della dimissione - e consegnata od inviata a quest'ultimo da parte dell'Azienda.

ART. 7 - PAGAMENTO PRESTAZIONI

a) per gli assicurati in forma diretta :

La Società liquida a mezzo bonifico bancario le fatture emesse dall'Azienda, a 60 giorni fine mese dalla ricezione della fattura e della documentazione sanitaria completa e conforme.

Il bonifico bancario deve essere effettuato presso la tesoreria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola Malpighi: UNICREDIT BANCA Agenzia Via Indipendenza, 11 Bologna – CIN __U__: - ABI: 02008 - CAB: 02450 - C/C 000003178927 e deve contenere il numero della fattura ed il nome del paziente.

Resta inteso che sarà onere dell'Azienda comunicare prontamente ogni eventuale modifica dei predetti elementi.

b) per gli assicurati in forma indiretta

Il pagamento delle prestazioni fruite in forma indiretta, verrà effettuato dall'assicurato della Società con assegno/carta di credito direttamente presso il reparto, seguendo la procedura aziendale in essere (acconto del 60% del preventivo formulato versato il primo giorno di ricovero; pagamento del saldo del consuntivo prima della dimissione).

**ART. 8 - ACCESSO ALLE INFORMAZIONI E QUALITÀ DEL SERVIZIO
ASSICURATIVO**

L'Azienda si impegna a conservare la documentazione sanitaria ed amministrativa relativa alle prestazioni fornite agli assicurati nei termini previsti dalla legge.

Si impegna, inoltre, a fornirla alla Società, su richiesta di quest'ultima e con ristoro delle spese, dietro autorizzazione dell'assicurato, anche in caso di risoluzione del presente contratto. L'autorizzazione dell'assicurato alla trasmissione alla Società della documentazione suddetta da parte dell'Azienda, dovrà essere acquisita nel rispetto della legge D.Lvo del 30/6/03 n° 196. Trattandosi di attività di ricovero essa verrà documentata, da apposita dichiarazione apposta dall'interessato in calce al modulo "Lettera di impegno" allegata al contratto. L'Azienda si impegna a collaborare con la Società nella realizzazione di "programmi sulla qualità del servizio assicurativo" fornito, concordando con quest'ultima:

- a) sollecite verifiche e soluzioni ad eventuali reclami dei clienti o a disservizi dei quali la Società sia venuta a conoscenza anche attraverso periodici sondaggi sulla soddisfazione degli stessi;
- b) incontri con i medici dell'Azienda, se necessari, anche al fine di tenere informata la famiglia del cliente sulle condizioni dello stesso, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza.

L'Azienda e la Società si impegnano al rispetto del diritto alla riservatezza dei clienti secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge.

Si conviene che la Società possa fornire ai propri clienti tutte le informazioni necessarie all'utilizzo dei servizi offerti da l'Azienda.

Questo, pertanto, è tenuto ad aggiornare tempestivamente la Società in merito ad eventuali modifiche del recapito e delle condizioni di utilizzo delle prestazioni e dei servizi oggetto del presente contratto, con indicazione della data di operatività delle variazioni in oggetto.

ART. 9 - DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha durata biennale e decorre dall'1.1.2009 al 31.12.2010, con facoltà di recesso da parte di ciascuna delle parti mediante comunicazione da trasmettere all'altra parte con raccomandata AR, con un preavviso di almeno 30 giorni, fatti salvi eventuali ricoveri già programmati. E' possibile procedere al rinnovo con nuovo atto convenzionale, qualora le parti esprimano volontà con atto scritto almeno 30 giorni prima della scadenza della presente convenzione.

Ogni modificazione al presente contratto o al suo allegato, dovrà comunque essere preventivamente concordata per iscritto tra le parti, anche mediante semplice scambio di corrispondenza.

Il contenuto del presente contratto si intenderà automaticamente adeguato alle eventuali disposizioni normative e/o contrattuali in materia.

Il tariffario ha validità conforme alla durata del presente atto, fatte salve le variazioni imposte dalla legge e le modifiche concordate in corso di validità del contratto, con le decorrenze di volta in volta pattuite.

ART. 10 - INADEMPIENZE CONTRATTUALI

Eventuali contestazioni relative ad inadempienze contrattuali devono essere effettuate in forma scritta, tramite raccomandata con avviso di ricevimento.

La parte inadempiente è tenuta, pena risoluzione automatica del contratto ed eventuale risarcimento dei danni, a ripristinare la regolarità della situazione denunciata e/o riassumere il comportamento contrattuale corretto entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della contestazione scritta.

Per tutto quanto non esplicitamente previsto dal presente articolo in materia di risoluzione e di inadempimento, si fa espresso rinvio alle norme contenute nel Codice Civile.

Nel caso di risoluzione del presente contratto, l'Azienda si impegna a non chiedere compensi di sorta agli assicurati in forma diretta per le prestazioni fornite, previste in polizza ed autorizzate dalla Società.

Eventuali richieste in tale senso dovranno essere indirizzate nei confronti di quest'ultima.

ART. 11 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia è competente il Foro di Bologna.

ART. 12- APPLICAZIONE E MODIFICHE

Le parti contraenti regoleranno attraverso i propri rispettivi uffici competenti eventuali questioni di dettaglio per la migliore applicazione del presente contratto. Resta inteso che qualunque revisione del contenuto del contratto dovrà essere concordata tra la Società e l'Azienda.

Ogni modifica, integrazione o aggiornamento delle tariffe e delle prestazioni o delle procedure, dovranno essere concordati per iscritto tra le parti, anche mediante semplice scambio di corrispondenza.

ART. 13 - SPESE CONTRATTUALI

Il presente contratto, redatto in due originali, costituito da n° ____ pagine e da n° _____ allegati costituiti da n° _____ per un totale di _____ pagine, è assoggettato all'imposta di bollo a cura e spese della Società.

Il contratto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26.04.1986 n. 131. Le spese di registrazione saranno a carico esclusivo della parte che ne richiederà la registrazione.

ART. 14 - ALLEGATI

Fa parte integrante del presente contratto l'allegato Tariffario Aziendale

Letto, confermato e sottoscritto

Azienda Ospedaliero -Universitaria. Il Direttore generale (<i>Dr Augusto Cavina</i>) _____	XXXXXXXXXXXX S.p.A. Il Legale Rappresentante (_____) _____
---	---

Data _____

Per specifica approvazione delle clausole di cui gli artt. 9, 10, 11, 12 e 13, ai sensi dell'art. 1341, comma 2, del codice civile.

Azienda Ospedaliero -Universitaria.

XXXXXXXXXXXX S.p.A.

Il Direttore generale

Il Legale Rappresentante

(Dr Augusto Cavina)

(_____)

Data _____