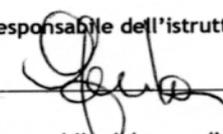
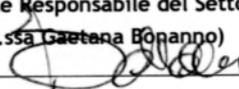


REGIONE SICILIANA  
**Azienda Ospedaliera**  
*di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione*  
**GARIBALDI**  
Catania

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 36

Oggetto: Rinnovo Protocollo di mutua cooperazione tra l'ARNAS Garibaldi e International SOS al fine di agevolare l'accesso dei militari statunitensi e dei loro familiari presso le UU.OO. di questa Azienda per usufruire di prestazioni professionali in regime di intramoenia

<p><b>Settore: Affari Generali Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane</b></p> <p><b>Bilancio</b> Sub aggregato di spesa</p> <p><u>C.E.</u></p> <p><u>Reg.to</u> al n.</p> <p>Si attesta che la disponibilità del fondo del sopra riportato sub-aggregato è sufficiente a coprire la spesa prevista dal presente atto.</p> <p>Per l'Ufficio Riscontro.....</p> <p>Il Responsabile del Settore .....</p> <hr/> <p>SETTORE ECONOMICO FINANZIARIO Visto: Si conferma la suindicata disponibilità rilevata dal Settore e si iscrive nelle pertinenti utilizzazioni del budget</p> <p>Li .....</p> <p>L' addetto alla verifica della compatibilità economica</p> <hr/> <p>Lista di liquidazione n°</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Il Dirigente Responsabile del Settore Economico Finanziario e Patrimoniale</b> (Dott. Gianluca Roccella)</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Settore Affari Generali Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Il Responsabile dell'istruttoria</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>Il Responsabile del procedimento</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Il Dirigente Responsabile del Settore</b> (Dott.ssa Gaetana Bonanno)</p> <p style="text-align: center;"></p>	<p><b>Seduta del giorno</b> <u>08 SET. 2017</u></p> <p>Nei locali della sede legale dell'Azienda Piazza S.M.di Gesù, 5 Catania</p> <p><b>IL COMMISSARIO STRAORDINARIO</b> <b>Dott. Giorgio Giulio Santonocito</b></p> <p>Nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana N° 390/serv.1/S.G. del 01Agosto 2017, giusta art.3, comma 2, L.R. N° 4 del 1 marzo 2017</p> <p>Con la presenza del:</p> <p>Direttore Amministrativo Dott. Giovanni Annino</p> <p>e del</p> <p>Direttore Sanitario Dott.ssa Anna Rita Mattaliano</p> <p>Con l'assistenza, quale Segretario del Dott. Francesco Giovanni Marangia</p> <p>ha adottato la seguente deliberazione</p>
---	---

Premesso che, dall'anno 2011 il Governo statunitense ha delegato, per la gestione del TRICARE Overseas Program Top, la International SOS, un'organizzazione dotata di una rete mondiale di centri di emergenza che offre servizi di assistenza in emergenza, servizi sanitari internazionali, servizi di sicurezza e assistenza ai clienti, servizi medici, rivolti a viaggiatori, espatriati o militari e loro familiari presenti sul territorio italiano;

Che, a tal proposito, è stato sottoscritto un Protocollo di mutua cooperazione tra la International SOS Assistance e questa ARNAS al fine di continuare a fornire assistenza sanitaria agli utenti del Dipartimento della Difesa Statunitense (militari in servizio, pensionati e familiari degli stessi) in regime di attività libero professionale;

Che, il suddetto accordo è stato rinnovato di anno in anno e, da ultimo, è andato a naturale scadenza il 20/06/2017;

Che la suddetta Organizzazione, apprezzando i servizi resi nei confronti dei loro inviati, ha chiesto il rinnovo dell'accordo per un ulteriore anno alle stesse condizioni anzitempo stabilite;

Considerato che tutte le prestazioni e/o interventi previsti nell'accordo di cui trattasi verranno effettuati in regime di attività libero professionale intramoenia, giusta Regolamento del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario, adottato con deliberazione n.1420 del 29/05/2014, modificato con deliberazione n.469 del 29/12/2014, fermo restando che gli interventi in emergenza saranno prestati nell'ambito delle attività previste dalla normativa vigente a carico delle Aziende Sanitarie;

Richiamato l'art.23 di detto regolamento per quanto concerne il riparto degli emolumenti;

Considerato, inoltre, che tutte le richieste di visite specialistiche, esami strumentali ecc. verranno anticipate dal "Modulo di Autorizzazione" trasmesso, a mezzo fax, dalla International SOS, nel quale vengono dettagliatamente descritte tutte le notizie relative al paziente/beneficiario nonché, al periodo di validità, alla tipologia della cura richiesta, alle modalità di pagamento e quant'altro necessario all'emissione della relativa fattura;

Atteso che la maggior parte delle prestazioni richieste vengono erogate dalle UU.OO. site presso il P.O. di Nesima, si rende necessario, ai fini della collaborazione e semplificazione delle procedure di richiesta/fornitura, confermare la dott.ssa Graziella Manciangli e il rag. Riccardo Bruno quali referenti per la gestione dei rapporti con la International SOS Assistance;

Sentito il parere favorevole al rinnovo espresso dal Direttore Sanitario aziendale, all'uopo interpellato;

Ritenuto per quanto sin qui esposto potersi autorizzare il rinnovo del Protocollo di Mutua Cooperazione al fine di regolarizzare la fornitura delle prestazioni specialistiche richieste;

Su proposta del Dirigente Responsabile del Settore Affari Generali Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane, che ne attesta la legittimità nonché la correttezza formale e sostanziale;

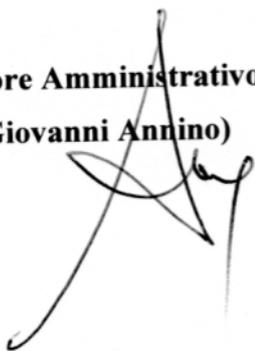
Sentito il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

## DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa che qui si intendono ripetuti e trascritti:

- Autorizzare il rinnovo della collaborazione tra questa Azienda e la International SOS Assistance (CZ) s.r.o. con sede legale in Andel Park, Karla Englise 3201/6, 150 00 Praga, Repubblica Ceca, per la fornitura di prestazioni specialistiche in regime di attività libero professionale in favore del personale statunitense (militari in servizio, pensionati e familiari degli stessi), secondo i termini e le condizioni descritte nel Protocollo di mutua cooperazione TOP.
- Procedere alla sottoscrizione del Protocollo di collaborazione allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale.
- Stabilire che l'importo totale previsto nell'accordo venga così ripartito ai sensi dell'art. 23 del Regolamento aziendale disciplinante le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, adottato con deliberazione n.1420 del 29/05/2014, modificato con deliberazione n.469 del 29/12/2014;
- Trasmettere copia del presente deliberato in uno due originali del Protocollo debitamente sottoscritti alla International SOS Assistance per la sottoscrizione di competenza.
- Trasmettere copia dei suddetti atti, alla Naval Hospital di Sigonella, alla Direzione Sanitaria del P.O. Garibaldi Nesima, alla Direzione Sanitaria Aziendale ed al Settore Economico Finanziario e Patrimoniale per l'emissione delle relative fatture.
- Stabilire la validità dell'accordo a partire dal 20 giugno 2017 per la durata di anni uno.
- Per le motivazioni esposte, dare alla presente esecuzione immediata.

**Il Direttore Amministrativo**  
(Dott. Giovanni Annino)

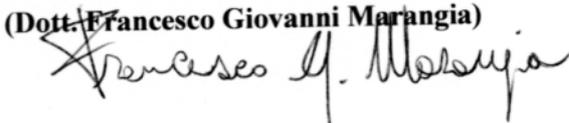


**Il Direttore Sanitario**  
(Dott.ssa Anna Rita Mattaliano)

**Il Commissario Straordinario**  
(Dott. Giorgio Giulio Santonocito)



**Il Segretario**  
(Dott. Francesco Giovanni Marangia)



Copia della presente deliberazione sarà pubblicata all'albo dell'Azienda, dal giorno \_\_\_\_\_

e per i 10 giorni successivi

L'addetto alla pubblicazione  
\_\_\_\_\_

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo della Azienda dal  
\_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 65 L.R. n. 25/93, così come sostituito dall'art. 53 L.R. n. 30/93,

e contro la stessa non è stata prodotta opposizione.

Catania, \_\_\_\_\_

Il Direttore Amministrativo  
\_\_\_\_\_

Inviata all'Assessorato Regionale alla Sanità il \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

La presente deliberazione è esecutiva:

immediatamente

perché sono decorsi 10 giorni dalla data della pubblicazione

a seguito del controllo preventivo effettuato dall'Assessorato Regionale per la Sanità:

A) Nota approvazione prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

OVVERO

B) Per decorrenza del termine

Il Funzionario Responsabile  
\_\_\_\_\_

## **Protocollo di mutua cooperazione per i fornitori di International SOS**

---

### Istruzioni per la candidatura dei fornitori

1. Leggere attentamente il Protocollo di mutua cooperazione, apponendo firma, timbro e data a Pagina 3.
2. Completare l'Appendice 4 indicando dettagli sul proprio studio medico individuale/poliambulatorio/struttura sanitaria.
3. Se si forniscono servizi ai beneficiari di TRICARE e si sceglie di inviare richieste TRICARE utilizzando una delle nostre opzioni per l'invio di richieste elettroniche, compilare e firmare l'Appendice 5 'Accordo del fornitore per l'invio di richieste elettroniche TRICARE'
4. Se si forniscono servizi ai beneficiari di TRICARE e si desidera ottenere il pagamento attraverso un trasferimento fondi elettronico compilare e firmare l'Appendice 6a 'Richiesta di pagamento via trasferimento fondi elettronico'.
5. Se si forniscono servizi ai beneficiari di TRICARE utilizzando i servizi di un'agenzia di fatturazioni per l'invio di richieste a proprio conto e tale agenzia desidera che i pagamenti siano effettuati via trasferimento fondi elettronico, accertarsi che l'agenzia di fatturazioni compili e firmi l'Appendice 6b 'Richiesta di pagamento via trasferimento fondi elettronico da parte di agenzie di fatturazioni'.
6. Includere una copia del Tariffario più recente, che costituirà l'Appendice 7.
7. Inviare la documentazione elencata in precedenza, accompagnata dalle proprie Qualifiche Professionali, dal proprio curriculum vitae, copia della propria licenza ed altre credenziali specifiche indicate in Appendice 8, al proprio Dirigente Regionale di Rete presso International SOS.

***In caso di domande relative al presente Protocollo di mutua cooperazione o alla fornitura di servizi sanitari in ottemperanza alle condizioni del presente Protocollo di mutua cooperazione, contattare il proprio Dirigente Regionale di Rete al Tel:+44 (0)20 8762 8384, o all'indirizzo e-mail: [ProvidersEurasiaAfrica@internationalsos.com](mailto:ProvidersEurasiaAfrica@internationalsos.com)***

*Vi ringraziamo per l'interesse e la collaborazione*

---

## Protocollo di mutua cooperazione

*Il presente Protocollo di mutua cooperazione costituisce accordo tra un fornitore di servizi sanitari ed International SOS. Lo scopo del presente Protocollo di mutua cooperazione è quello di agevolare l'accesso e consentire il pagamento di prestazioni mediche necessarie dal punto di vista clinico, erogate da una struttura sanitaria o da un singolo medico ad un beneficiario / paziente avente diritto.*

Il presente Protocollo di mutua cooperazione entra in vigore dal giorno 20 di Giugno 2017 fino al 19 di Giugno 2018 fra:

International SOS Assistance (CZ) s. r. o., con sede legale in Andel Park, Karla Englise 3201/6, 150 00 Praga 5, Repubblica Ceca, che stipula il presente Protocollo di mutua cooperazione per sé e a nome delle sue società affiliate (di seguito denominata "INTL.SOS"); e

ARNAS Garibaldi, con sede legale in Piazza S Maria di Gesu 5, 95124 Catania, Italia (di seguito denominato il "Fornitore di servizi sanitari").

### A. INFORMAZIONI GENERALI

1. INTL.SOS è un'organizzazione dotata di una rete mondiale di centri di emergenza, che offre servizi di assistenza di emergenza, servizi sanitari internazionali, servizi di sicurezza e assistenza ai clienti, servizi medici ed altri servizi correlati a viaggiatori, espatriati e ad altri membri iscritti (di seguito denominati i "Membri"). INTL.SOS desidera intraprendere una collaborazione con un appaltatore autonomo per l'erogazione di servizi sanitari e servizi correlati in Italia.
2. Il Fornitore di servizi sanitari è un soggetto o una struttura che opera in Italia nel settore della fornitura di servizi sanitari (di seguito denominati i "Servizi"), dispone di regolare licenza e desidera operare in qualità di appaltatore autonomo, come indicato alla clausola A1 precedente.
3. Di seguito il programma governativo di assistenza sanitaria del governo degli Stati Uniti è denominato "TRICARE".

### B. TERMINI E CONDIZIONI DEL PROTOCOLLO DI MUTUA COOPERAZIONE

1. Dietro richiesta di INTL.SOS, il Fornitore di servizi sanitari si impegna all'erogazione dei Servizi ai Membri, in ottemperanza alle procedure periodicamente stabilite da INTL.SOS ed accettate dal Fornitore di servizi sanitari.
2. IL FORNITORE DI SERVIZI SANITARI SI IMPEGNA A:
  - a. garantire che INTL.SOS possa usufruire dei Servizi erogati durante l'orario di attività concordato (come stabilito in Appendice 4 – Modulo per studi medici individuali, poliambulatori o fornitori istituzionali).
  - b. accettare i documenti di Garanzia di pagamento (di seguito denominata "GDP") inviati da INTL.SOS via fax qualora INTL.SOS accetti di fornire una garanzia relativa al pagamento delle spese mediche sostenute dai Membri.
  - c. accettare il Modulo TRICARE di pre-autorizzazione inviato da INTL.SOS via fax qualora INTL.SOS autorizzi il Fornitore dei servizi sanitari all'offerta di servizi, procedure o ricoveri su richiesta, in base a un'analisi delle necessità mediche del paziente.
  - d. [NOTA – riservato a Fornitori professionisti non istituzionali] assicurare che i servizi mostrati sulla richiesta siano adeguati da un punto di vista medico e necessari per la salute del paziente e forniti personalmente dal Fornitore di servizi sanitari professionali oppure erogati in connessione con il servizio professionale di Fornitori sanitari da parte di suoi dipendenti sotto la sua supervisione diretta, salvo condizioni differenti permesse nei regolamenti Medicare o TRICARE. I servizi considerati "in connessione" al servizio professionale di Fornitori di servizi sanitari:
    - i. Devono essere offerti sotto la supervisione diretta del Fornitore di servizi sanitari da parte di un dipendente di quest'ultimo
    - ii. Devono costituire una parte integrante, pur se ausiliaria, di un servizio erogato da un medico
    - iii. Devono costituire servizi erogati comunemente nello studio del medico; e

- iv. I servizi non erogati da medici devono essere inclusi nella fatturazione del medico.
- e. operare in maniera conforme ai requisiti stabiliti in Appendice 1 (Documentazione delle qualifiche professionali, responsabilità e tutela dei dati), fornendo ad INTL.SOS tutti i documenti indicati all'interno di tale Appendice.
- f. applicare i costi relativi ai servizi offerti secondo quanto stabilito dal Tariffario in Appendice 7. Non sarà consentito apportare alcuna modifica al Tariffario, fatta eccezione per le modifiche concordate da entrambe le parti.
- g. presentare ogni richiesta relativa a TRICARE in ottemperanza a quanto stabilito in Appendice 3 (Procedure di fatturazione TRICARE).
- h. In relazione all'invio di richieste TRICARE in formato elettronico, agire in conformità con i termini indicati in Appendice 5 (Invio elettronico del modulo delle richieste TRICARE).
3. INTL.SOS SI IMPEGNA A:
- a. nominare un Dirigente di Rete che operi in veste di principale referente del Fornitore di servizi sanitari, offrendo informazioni ed assistenza per quanto concerne i seguenti aspetti:
- i. Problematiche relative ai clienti
  - ii. Elaborazione di servizi sanitari e richieste di servizi sanitari
  - iii. Idoneità alla ricezione dei Servizi
- b. comunicare al Fornitore di servizi sanitari il nominativo ed il contatto telefonico del Dirigente di Rete, aggiornandolo in caso di variazioni.
- c. provvedere al pagamento delle fatture coperte da Garanzia di pagamento entro 45giorni dalla ricezione della fattura in originale, nonché della relativa documentazione di accompagnamento.
- d. provvedere al pagamento di ogni richiesta TRICARE pre-autorizzata ed eseguita in modo corretto per il rimborso previsto dai benefici garantiti entro 45giorni dalla ricezione del modulo di richiesta compilato, nonché della relativa documentazione di accompagnamento.
- e. pubblicare i dettagli per il contatto dei Fornitori di servizi sanitari indicando la specializzazione medica sul TRICARE Overseas Portal ([www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com)) consentendone l'accesso a tutti i Membri di TRICARE Overseas.
- f. pubblicare informazioni nel database interno dei fornitori di INTL.SOS per referenze da altri clienti di fornitori di qualità.
4. Il presente Protocollo di mutua cooperazione non costituisce accordo esclusivo fra le Parti.
5. Entrambe le Parti possono rescindere dal presente Protocollo di mutua cooperazione, previa notifica scritta inviata con preavviso di 30 giorni all'altra Parte.
6. Le notifiche richieste ai sensi del presente Protocollo di mutua cooperazione dovranno essere presentate in forma scritta e inviate a mezzo raccomandata, fax o e-mail all'indirizzo, al numero di fax o all'indirizzo e-mail della Parte destinataria, indicati di seguito:

(a) in caso di invio di notifica a INTL.SOS,

<b>Nome dell'ente Intl.SOS:</b> International SOS Assistance (CZ)		
<b>All'attenzione di: Dirigente Regionale di Rete TRICARE</b> Thomas Feck c/o Martina Chmatalova		<b>Fax:</b> +420 222 111 171
<b>Indirizzo</b> Andel Park, Karla Englise 3201/6		<b>Indirizzo e-mail:</b> <a href="mailto:ProvidersEurasiaAfrica@internationalsos.com">ProvidersEurasiaAfrica@internationalsos.com</a>
<b>CAP:</b> 150 00	<b>Città:</b> Praga	<b>Nazione:</b> Repubblica Ceca

(b) in caso di invio di notifica al Fornitore di servizi sanitari,

<b>Nome del Fornitore di servizi sanitari</b> ARNAS Garibaldi		
<b>All'attenzione di:(nome del destinatario)</b> Dott. Giorgio Giulio Santonocito		<b>Fax</b> +39 095 759 4812
<b>Indirizzo</b> Piazza S Maria di Gesu 5		<b>Indirizzo e-mail</b> protocollo.generale@pec.ao-garibaldi.ct.it
<b>CAP</b> 95124	<b>Città</b> Catania	<b>Nazione</b> Italia

oppure all'ultimo indirizzo, numero di fax o indirizzo e-mail indicato dalla Parte destinataria alla Parte mittente.

In caso di notifica inviata a mezzo raccomandata, farà fede la data di ricezione; in caso di invio via fax, faranno fede l'ora e la data di completamento della trasmissione dell'intero documento da parte del mittente, notificata dalla macchina con un rapporto; in caso di invio via e-mail, farà fede la conferma di ricezione da parte del destinatario del messaggio.

7. Il presente Protocollo di mutua cooperazione sarà interpretato ed entrerà in vigore in conformità alle leggi vigenti in Italia. Eventuali dispute che sorgeranno in seguito a o in relazione al presente Protocollo di mutua cooperazione, comprese le eventuali dispute riguardanti l'esistenza, la validità o la rescissione dello stesso, saranno risolte a mezzo arbitro nella città di Roma, Italia, condotto da Camera Arbitrale di Roma conformemente alle Norme di Arbitrato di Camera di Commercio Internazionale per il periodo di validità del Protocollo, che sarà integrato all'interno della presente clausola. Gli arbitri responsabili dell'arbitrato saranno tre. L'autorità responsabile della nomina degli arbitri sarà il Presidente del Collegio arbitrale di Roma o il proprio sostituto designato. L'arbitrato si svolgerà in lingua inglese.
8. Sottoscrivendo il presente Protocollo di mutua cooperazione, il Fornitore di servizi sanitari dichiara implicitamente che le informazioni fornite sono esatte e corrispondono a verità.
9. Il presente Protocollo di mutua cooperazione potrà essere emesso in un numero illimitato di esemplari, ciascuno dei quali costituirà originale dello stesso; tutti gli esemplari emessi costituiranno inoltre parte integrante dell'intero accordo.
10. Nel rispetto delle leggi applicabili in materia, entrambe le Parti riconoscono che il presente Protocollo di mutua cooperazione, firmato da entrambe le Parti, scannerizzato in formato elettronico (es. in formato .pdf), scambiato via e-mail, sottoscritto e accettato da entrambe le Parti, sarà interamente valido ai fini di legge, vincolante ed eseguibile da entrambe le Parti, anche nel caso in cui non sia avvenuto lo scambio del documento o dei documenti contenenti firme originali

Il presente Accordo di mutua cooperazione entra in vigore a partire dalla data sopraindicata.



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott. Giorgio Giulio Santonocito

Firma del Fornitore di servizi sanitari

Data

Firma di International SOS

Data

## Appendice 1

### Documentazione delle qualifiche professionali, responsabilità e tutela dei dati

#### 1.1 Qualifiche professionali

Il Fornitore di servizi sanitari dichiara e garantisce in qualsiasi circostanza, anche a nome del proprio personale sanitario operante ai fini del presente Accordo, di possedere tutte le qualifiche, licenze ed autorizzazioni richieste dalle leggi e dai regolamenti vigenti in materia (compresi i regolamenti degli enti medici pertinenti) in Italia per l'esercizio della professione medica, impegnandosi inoltre a mantenere tali qualifiche, licenze ed autorizzazioni per l'intera durata del Protocollo di mutua cooperazione, impegnandosi a fornire la documentazione di accompagnamento a sostegno di tali qualifiche, licenze ed autorizzazioni a INTL.SOS. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna altresì a produrre copia documentale dell'avvenuto rinnovo di tali registrazioni, e ad informare tempestivamente INTL.SOS in caso di revoca o di annullamento delle stesse, o qualora il personale del Fornitore di servizi sanitari sia soggetto ad eventuali azioni disciplinari.

Accertarsi di avere fornito tutte le credenziali richieste per la qualifica come Fornitore di rete TOP:

Credenziale	Richiesta	Fornita
Licenza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CV (indicando le esperienze maturate negli ultimi 5 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifica medica / Laurea / Diploma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assicurazione contro gli errori professionali (se richiesta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copia dell'intestazione della fattura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 1.1.1. Riservato a fornitori istituzionali

Il sottoscritto certifica che il sottoscritto (o altro dipendente), il quale ha ottenuto servizi da parte di un Fornitore di servizi sanitari, non è membro attivo degli Uniformed Services né un impiegato del Governo degli U.S.A. (fare riferimento al provvedimento 5536 Titolo 5 dello United States Code (USC)). Chiunque travisi o falsifichi informazioni essenziali per ricevere pagamenti da fondi Federali può essere condannato a multe e alla reclusione secondo quanto previsto dalla legge Federale.

#### 1.2 Responsabilità professionale

Qualora esistano leggi e normative pertinenti in materia di garanzia di responsabilità professionale, il Fornitore di servizi sanitari dichiara e garantisce di impegnarsi ad operare in ottemperanza a tali leggi e normative. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna inoltre a fornire a Intl.SOS una certificazione di garanzia in tal senso, che evidenzi la garanzia richiesta dalla presente clausola, a soddisfazione di quanto richiesto da Intl.SOS. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna ad informare tempestivamente Intl.SOS in caso di revoca o di annullamento di tali garanzie.

#### 1.3 Verifiche e revisioni appropriate

Previo un ragionevole avviso al Fornitore di servizi sanitari e soggetto ad un'opportuna supervisione operata dallo staff del Fornitore di servizi sanitari medesimo, INTL.SOS ha il diritto di accedere alla struttura in forma ragionevole durante le ore di lavoro al fine di condurre delle verifiche di quando in quando per ogni ospedale, in connessione con:

- i. Qualità che garantisce servizi specifici;
- ii. Preoccupazioni motivate in merito all'ospedale espresse da chiunque; e/o
- iii. Documentazione di supporto per una richiesta di rimborso TRICARE.

In caso di identificazione di problematiche oggettive relative alla qualità e/o questioni di sicurezza in seguito ad ispezioni perpretate da INTL.SOS in conseguenza della clausola B.5, INTL.SOS deve immediatamente notificare il Fornitore di servizi sanitari in merito a queste problematiche e fornire indicazioni in merito alle azioni correttive richieste.

#### 1.4 Riservatezza delle informazioni sanitarie personali

- a. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna a non divulgare le informazioni (comprese, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le informazioni personali di natura sanitaria o di altra natura, o

altre informazioni di identificazione personale ricevute da o elaborate per conto di Intl.SOS e dei suoi Membri, ai fini dei servizi sanitari erogati da Intl.SOS o dalle sue società affiliate) ottenute ai fini di o conformemente al Protocollo di mutua cooperazione o in altre modalità, a meno che la divulgazione di tali informazioni sia necessaria all'assolvimento degli obblighi del Fornitore di servizi sanitari, ai sensi del presente Protocollo di mutua cooperazione o ai sensi delle leggi vigenti in materia. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna ad implementare le misure necessarie ad evitare l'uso o la divulgazione di tali informazioni, se non ai fini illustrati all'interno del presente Protocollo di mutua cooperazione o ai fini di legge.

- b. Le parti accettano reciprocamente di tenere le informazioni riservate riguardanti la propria attività nel più stretto riserbo, impegnandosi inoltre a non divulgare tali informazioni a chicchessia.
- c. L'insieme delle informazioni, delle procedure di sviluppo, delle analisi di mercato, delle procedure di sviluppo dei sistemi, delle strategie di mercato e di ottimizzazione dei prodotti, dei processi, dei programmi e dei metodi utilizzati in relazione al Protocollo di mutua cooperazione saranno da considerarsi quali segreti commerciali e/o informazioni riservate, di proprietà esclusiva di INTL.SOS.
- d. In base alla clausola 1.3(e) seguente, il Fornitore di servizi sanitari si impegna a mantenere riservati tali segreti commerciali e/o informazioni, evitandone la cessione, la divulgazione o l'uso in qualsiasi circostanza e provvedendo all'implementazione di ogni misura ritenuta legittima e applicabile, allo scopo di prevenire la divulgazione, la cessione e l'uso dei segreti commerciali e delle informazioni riservate di proprietà di INTL.SOS da parte del proprio personale o di qualsiasi altro individuo soggetto al proprio controllo che ne sia a conoscenza. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna a fare tutto il possibile per garantire che i propri dipendenti, agenti e subappaltatori operino nel rispetto dei termini della presente clausola.
- e. Alla scadenza o in seguito a rescissione del presente Protocollo di mutua cooperazione, il Fornitore di servizi si impegna a restituire o a distruggere, secondo quanto indicato da INTL.SOS, l'insieme dei documenti di proprietà di INTL.SOS affidati in custodia al Fornitore di servizi o sotto il controllo dello stesso. La presente clausola non si applica alle informazioni già di dominio pubblico, diventate di dominio pubblico o in possesso legittimo di una delle Parti, elaborate in maniera autonoma da una delle Parti o legittimamente ottenute da terzi senza alcuna restrizione.

#### 1.4 Garanzia e indennità

- 1.4.1 Intl.SOS e il Fornitore di servizi sanitari dichiarano e garantiscono di essere conformi ad ogni requisito legale, normativo o di altro tipo previsto dalla legge applicabile. Il pagamento di tangenti non è consentito a nessuna delle Parti. Ciascuna delle Parti si impegna ad esigere dai propri dipendenti una condotta onesta ed improntata all'integrità, mirata ad evitare conflitti di interessi. Ciascuna delle Parti sottoscrittenti si impegna ad informare tempestivamente in forma scritta l'altra Parte in caso di entrata in vigore di statuti, regolamenti, norme o emendamenti dei quali entrerà a conoscenza e che possano interferire con la capacità di una o di entrambe le Parti di adempiere alle proprie mansioni ed ai propri obblighi ai fini del presente Accordo, o che richiedano di intraprendere un'azione ai fini del presente Accordo.
- 1.4.2 Il Fornitore di servizi sanitari si impegna a manlevare e tenere indenne Intl.SOS da e verso ogni possibile ricorso, richiesta, azione, violazione, omissione, danno, perdita, costo, responsabilità o spesa a carico di Intl.SOS in seguito a ricorsi relativi all'esecuzione del presente Accordo, a violazione delle clausole del presente Accordo o ad azioni, di natura sia volontaria che involontaria da parte del Fornitore di servizi sanitari o dei suoi funzionari, dipendenti, agenti o subappaltatori. La presente clausola sopravviverà alla scadenza o alla rescissione del presente Protocollo di mutua cooperazione.
- 1.4.3 Il Fornitore di servizi sanitari si impegna altresì a manlevare e tenere indenne il Governo degli Stati Uniti da e verso ogni possibile ricorso, richiesta, azione, violazione, omissione, danno, perdita, costo, responsabilità o spesa a carico del Governo degli Stati Uniti in seguito a ricorsi relativi all'erogazione di servizi sanitari ai fini del presente Accordo.

## 1.5 Tutela dei dati

Il Fornitore di servizi sanitari dichiara di e si impegna a:

- a. Implementare ogni misura ritenuta opportuna, al fine di garantire la tutela dei dati personali ed evitarne la perdita, la divulgazione, l'accesso non autorizzati e la modifica.
- b. non utilizzare o divulgare i dati personali ricevuti da o elaborati per conto di INTL.SOS, appartenenti ai propri clienti e/o ai Membri di International SOS, fatta eccezione per le circostanze descritte all'interno del presente Protocollo di mutua cooperazione o secondo i requisiti di legge, garantendo la medesima condotta da parte dei propri dipendenti, agenti, rappresentanti e subappaltatori, con i quali si impegnerà a stipulare accordi di riservatezza adeguati.
- c. consentire a INTL.SOS, ai propri agenti e rappresentanti ed agli enti di tutela dei dati di sottoporre la propria struttura operativa a procedure di auditing, allo scopo di garantire la conformità ai termini ed alle condizioni del presente Protocollo di mutua cooperazione, con ragionevole preavviso e durante il normale orario di ricevimento.
- d. provvedere all'elaborazione dei dati personali conformemente ai principi indicati di seguito:
  - i. La ricezione, l'uso, l'elaborazione e la trasmissione dei dati personali saranno subordinate al consenso informato dei soggetti interessati. Il termine "soggetto interessato" si riferisce ad un soggetto sia vivente che deceduto.
  - ii. I dati personali saranno ottenuti per uno scopo particolare e legittimo, e non potranno essere elaborati in maniera incompatibile con tale scopo.
  - iii. I dati personali saranno adeguati, pertinenti e non eccessivi in relazione allo scopo per il quale sono stati elaborati.
  - iv. I dati personali dovranno essere esatti ed aggiornati.
  - v. I dati personali non potranno essere conservati per un periodo più lungo del necessario.
  - vi. I dati personali saranno elaborati nel rispetto dei diritti dei soggetti interessati.
  - vii. Saranno implementate tutte le misure tecniche ed organizzative necessarie allo scopo di prevenire l'elaborazione non autorizzata o illegittima, la perdita accidentale, la distruzione o la manomissione dei dati personali.
  - viii. I dati personali non saranno divulgati o trasmessi a società o enti terzi con sede al di fuori dell'Area Economica Europea o dei confini Italia, se non previo consenso informato rilasciato in forma scritta dall'interessato o da INTL.SOS. Tale consenso sarà rilasciato ad esclusiva discrezione di INTL.SOS e sarà subordinato all'adeguatezza del livello di protezione dei dati personali adottato dal terzo interessato.
- e. Notificare tempestivamente INTL.SOS in caso di richiesta di divulgazione di dati personali da parte di un ente regolatore o governativo.

## Appendice 2

### Esempio di modulo di autorizzazione TRICARE Overseas



**TRICARE AUTHORIZATION FORM (MODULO DI AUTORIZZAZIONE)  
FOR INPATIENT CARE (PER CURE A PAZIENTE INTERNO)  
TRICARE PRIME / PRIME REMOTE BENEFICIARY**



<b>To - A:</b> <<CasePro.nvchCompanyName>> <<CaseProAdd.nvchAddrLine1>> <<CaseProAdd.nvchCity>> <<CaseProAdd.nvchCountry>> <<CaseProAdd.nvchPostalCode>> Tel - Telefono: <<CasePro.nvchOtherPhone>> Fax: <<CasePro.nvchFax>>	<b>Authorization Number -</b> <b>Numero di autorizzazione:</b> <<CaseVOBAut.nvchVOBAuthNo>>  <b>Date - Data:</b> 12 November 2015  <b>Pages - Pagine:</b> 2
--	--

<b>SERVICE(S) REQUEST IN RESPECT OF - RICHIESTA DI SERVIZIO(I) RELATIVA A:</b>	<<CaseVerification.nvchBeneficiaryFName>> <<CaseVerification.nvchBeneficiaryLName>> / <<CaseVerification.dtiBeneficiaryDOB>> / <<CaseDetail.nvchAddField1>>
--	---

Il presente documento conferma l'autorizzazione per il paziente di cui sopra presso <<CasePro.nvchCompanyName>> per le cure cliniche. La presente autorizzazione è valida solo dal <<CaseVOBAut.dtiServiceStart>> al <<CaseVOBAut.dtiServiceEnd>>.

<b>Priority</b>	Priorità	<<CaseVOBAut.nvchPriority>>
<b>Specialty</b>	Specializzazione	<<CaseVOBAut.nvchCategory>> / <<CaseVOBAut.nvchSpecialty>>
<b>Preliminary Diagnosis</b>	Diagnosi preliminare	As per referral - Come da riferimento <<CaseCSI.MasterQuestionID.{4da9331d-d84c-44e7-8188-d8ce62258abd}>>
<b>Certified Length of Stay</b>	Durata di permanenza certificata	<<CaseVOBAut.iQuantity>>
<b>Scope</b>	Ambito	<<CaseVOBAut.nvchScope>>
<b>Instructions</b>	Istruzioni	<<CaseCSI.MasterQuestionID.{FE0E6E26-0B01-467D-9553-3E26686C2634}>>

**Inclusions - Inclusioni:**

Oltre alle informazioni mediche rievute, International SOS autorizza tutte le spese mediche ragionevoli, abituali e necessarie nell'ambito dell'autorizzazione approvata. Starza solo semi-privata

**Medical Report - Referto medico:**

Siete pregati di inviare un referto medico scritto e una lettera di dimissione al destinatario indicato di seguito dopo questo episodio di cura/procedura:

<<CaseVerification.nvchReferringOffice>>, Fax: <<CaseVerification.nvchEFadMTF>>  
 <<CaseVerification.nvchReferringOfficeAddress>>

**Important - Importante:**

Viene emessa un'autorizzazione per i servizi, le procedure o i ricoveri richiesti che necessitano di revisione della necessità medica prima della fornitura dei servizi stessi. I termini della presente autorizzazione sono validi solo per lo specifico fornitore di servizi / gruppo di fornitori sopraindicato e per il presente caso di servizio richiesto.

**Billing Instructions - Istruzioni di fatturazione:**

Se il beneficiario ha "un'altra" copertura assicurativa in aggiunta a TRICARE, "quest'altra" copertura assicurativa è quella che risulta essere Primaria. Tutte le fatture ci devono essere inviate entro 36 mesi di calendario dalla data di servizio allo scopo di evitare un mancato pagamento. La fattura debitamente compilata, unitamente al modulo di rimborso relativo e redatto in tutte le sue parti, dovranno essere inviati al seguente indirizzo:

<<CaseVerification.nvchWPSMailingAddress1>>  
 <<CaseVerification.nvchWPSMailingAddress2>>  
 <<CaseVerification.nvchWPSMailingAddress3>>

Per le condizioni ed i termini completi relativamente a questa Lettera di Autorizzazione, Vi preghiamo di fare riferimento al sito [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com). Alternativamente, potete contattare il nostro ufficio per ricevere una copia delle condizioni suddette.

Cordiali saluti

<<CaseVOBAut.nvchinsertBy>>  
 Reparto TRICARE

Le informazioni contenute in questa corrispondenza possono essere soggette alla Legge sulla privacy del 1974 (5 U.S.C. 552a). Le informazioni personali contenute nella presente corrispondenza possono essere utilizzate solo da persone autorizzate nello svolgimento di attività ufficiali. Qualsiasi divulgazione non autorizzata o uso improprio delle informazioni personali potrebbe essere punito con sanzioni penali e/o civili. Se non siete i destinatari previsti della presente corrispondenza vi preghiamo di distruggere tutte le copie di questa corrispondenza dopo aver notificato al mittente di averla ricevuta.

<<CaseVerification.nvchIntSOSName>>, Reparto TRICARE

<<CaseVerification.nvchIntSOSAddress>>

Linea telefonica per emergenze 24 ore su 24 <<CaseVerification.nvchIntSOSTricareTel>> Fax: <<CaseVerification.nvchIntSOSTricareFax>>

Email: <<CaseVerification.nvchIntSOSTricareEmail>>

### Appendice 3

## Procedure di fatturazione TRICARE – Processo autorizzazione TOP

### 1. Presentazione di richieste TRICARE ad INTL.SOS

- a. Informazioni da fornire obbligatoriamente in caso di presentazione di una richiesta:
  - i. Modulo di richiesta del Governo degli USA compilato con il numero di riferimento del Modulo di pre-autorizzazione di TRICARE
  - ii. Fattura dettagliata (necessaria nel caso in cui i codici di trattamento non siano completati dal Fornitore di servizi sanitari nel Modulo di richiesta)  
(di seguito denominati collettivamente "Informazioni obbligatorie")
- a. Le richieste possono essere trasmesse via posta (corriere tradizionale) o inviate elettronicamente attraverso il sito [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com)
  - i. Trasmissione elettronica di richieste – È possibile trasmettere richieste elettroniche:
    - 1. Inviando moduli scannerizzati e richieste via e-mail sicura tramite [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com)
    - 2. Inviando richieste elettroniche online tramite [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com)
    - 3. Inviando richieste elettroniche usando un programma software EDI fornito dal fornitore o un servizio di fatturazione o di compensazione

Qualora si scelga l'Opzione 2 o 3 per l'invio elettronico di richieste, i Fornitori di servizi sanitari devono completare e firmare il "Modulo di invio elettronico di richieste TRICARE" (Appendice 5 - Opzionale). Il Fornitore di servizi sanitari accetta che ciascuna delle richieste inviate con sistemi elettronici saranno considerate, per scopi legali e altro, firmate dal Fornitore di servizi sanitari o dal rappresentante autorizzato del Fornitore di servizi sanitari.

- ii. Trasmissione moduli di rimborso TRICARE tramite fax – È possibile inviare tali documenti e relativa documentazione di supporto al numero + 1 608-301-2251
- iii. Trasmissione via posta ordinaria o corriere tradizionale – Per Membri in servizio militare: inviare i moduli e i documenti di accompagnamento necessari a:

TRICARE Overseas Program  
International SOS  
P.O.Box 7968  
Madison, WI 537087-7968

Per Membri famigliari di individui in servizio militare: inviare i moduli e i documenti di accompagnamento necessari a:

TRICARE Overseas Program  
International SOS  
P.O.Box8976  
Madison, WI 53707-8976

- b. Le richieste incomplete o illeggibili saranno ritrasmesse al Fornitore di servizi sanitari
- c. Il Fornitore di servizi sanitari può controllare lo stato di una richiesta:
  - i. effettuando l'accesso al all'indirizzo [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com) per inviare in modo sicuro e-mail e allegati al nostro team di

- elaborazione delle richieste (al momento del primo utilizzo del sito il Fornitore di servizi sanitari è tenuto a effettuare la registrazione sul sito).
- ii. richiedendo tali informazioni via posta ordinaria a TRICARE Overseas Program Claims, P.O. Box 7992, Madison, WI 53707-7992
  - iii. Contattando il dipartimento richieste al numero+44 20 8762 8384
- d. Le richieste presentate dovranno essere conformi ai Requisiti per il pagamento illustrati di seguito.

## 2. Pagamento dei Fornitori di servizi sanitari

- a. I Fornitori di servizi sanitari riceveranno i pagamenti relativi ai Servizi autorizzati erogati nei termini di pagamento stabiliti, come dettagliato all'interno del presente Protocollo di mutua collaborazione.
- b. La mancata trasmissione delle Informazioni obbligatorie da parte del Fornitore di servizi sanitari a INTL.SOS può causare ritardi nei pagamenti.
- c. Le pre-autorizzazioni (rilasciate trasmettendo un 'Modulo di pre-autorizzazione TRICARE') sono basate su necessità mediche: Il pagamento non è garantito. Possono essere applicate delle penali sul Fornitore quando un fornitore TRICARE non ottiene una pre-autorizzazione od oltrepassa gli scopi previsti per una referenza/autorizzazione approvata.
- d. INTL.SOS non sarà responsabile del pagamento dei Fornitori di servizi sanitari, con riferimento ai servizi indicati al paragrafo 5 successivo (Servizi non contemplati dal programma TRICARE).

## 3. Requisiti per il pagamento

- a. **Fatturazione delle prestazioni sanitarie** – Il paziente non dovrà in alcun caso ricevere alcuna fattura o sostenere alcuna spesa relativa ai servizi autorizzati o contemplati dal programma TRICARE.
- b. **Termine di presentazione delle richieste relative ai Servizi** - INTL. SOS si riserva il diritto di respingere le richieste ricevute dopo 36 mesi dalla data di erogazione delle prestazioni sanitarie da parte del Fornitore di servizi sanitari, a meno che il Fornitore di servizi sanitari non fornisca una spiegazione ritenuta accettabile da INTL.SOS. Qualora la richiesta venga respinta, INTL.SOS sarà completamente esentato dagli obblighi di pagamento relativi alla richiesta, le cui spese saranno interamente sostenute dal Fornitore di servizi sanitari.
- c. **Documentazione medica**– La documentazione medica è spesso richiesta al fine di determinare potenzialmente o in retrospettiva se il rimborso medico è supportato da necessità medica e, se la qualità di cura medica fornita avvalorava i servizi resi e, identifica pratiche culturali che possono o non possono essere qualificate come servizi medici coperti dal Programma TRICARE. Come Fornitore TRICARE viene espressamente chiesto di sottoporre la documentazione medica dietro richiesta e senza spese aggiuntive. Tutte le richieste di documentazione medica saranno ragionevoli e unicamente dettate dalle ragioni sopra indicate.
- d. **Altra polizza sanitaria (OHI)** - TRICARE può effettuare pagamenti dopo che le altre compagnie assicurative con le quali il paziente ha stipulato altre polizze sanitarie hanno corrisposto la loro quota. Per i Servizi pre-autorizzati (Autorizzazione TRICARE), il Fornitore di servizi sanitari sarà avvertito in caso di esistenza di un'altra polizza sanitaria (OHI). Tuttavia, a causa di modifiche iniziate dal beneficiario dopo l'emissione dell'Autorizzazione, lo status dell'altra polizza sanitaria (OHI) potrebbe cambiare. Pertanto, per quanto riguarda le richieste di servizio medico senza anticipo, il Fornitore di servizi sanitari dovrà chiedere al beneficiario se dispone di un'altra polizza sanitaria. Il Fornitore di servizi sanitari potrà scegliere fra le seguenti opzioni:

- i. Le spese relative alla richiesta saranno interamente sostenute dal paziente
- ii. Il Fornitore di servizi sanitari presenterà richiesta di rimborso alla compagnia assicurativa; una volta ricevuto l'indennizzo, il Fornitore di servizi sanitari presenterà il pagamento relativo alla richiesta a INTL.SOS. Per permettere a INTL.SOS di elaborare la richiesta, il fornitore dovrà fornire una Descrizione dei benefit offerti dalla compagnia assicurativa. Le richieste saranno nuovamente inoltrate al Fornitore di servizi sanitari qualora il paziente disponga di un'altra polizza sanitaria e non sia stata presentata una Descrizione dei benefit offerti dalla compagnia assicurativa.

#### 4. Archiviazione della firma del fornitore

- a. Si richiede una firma del fornitore, o un facsimile accettabile, per ogni richiesta partecipante al programma TRICARE Overseas per la certificazione dei servizi erogati.
- b. Firmando il presente accordo, il Fornitore di servizi sanitari autorizza INTL.SOS all'accettazione della firma per il pagamento dei servizi erogati, inviata per ogni richiesta come previsto dal presente accordo.
- c. La firma del Fornitore di servizi sanitari indica la sottoscrizione dell'accordo del Fornitore dei servizi di fornitura con tassi di rimborso alle condizioni indicate da TRICARE o nel tariffario incluso nel presente accordo e delle parti rimanenti del certificato come appaiono sui modelli di richiesta al Fornitore TRICARE Overseas.

#### 5. Esclusioni - Servizi non contemplati da TRICARE

L'elenco delle prestazioni non coperte non è esaustivo; l'elenco più aggiornato può essere incontrato al link:

<http://www.tricare.mil/CoveredServices/IsItCovered/Exclusions.aspx>

- a. Aborto (fatta eccezione per i casi documentati di rischio di decesso della paziente).
- b. Agopuntura.
- c. Inseminazione artificiale o altri interventi di fecondazione assistita, fra cui fecondazione in vitro o trasferimento intra-tubarico di gameti.
- d. Autopsia o altre prestazioni post mortem.
- e. Terapie contraccettive che non necessitano di prescrizione medica.
- f. Trapianto di midollo osseo per il trattamento del tumore alle ovaie.
- g. Soggiorni in strutture specializzate (per pazienti diabetici o obesi).
- h. Cure o trattamenti forniti da o prescritti da un familiare stretto del paziente.
- i. Chiroterapia e naturopatia.
- j. Sindrome da affaticamento cronico. Sono esclusivamente contemplati i trattamenti mirati ad alleviare i sintomi individuali, fra cui la prescrizione di farmaci per il mal di testa o i dolori muscolari.
- k. Interventi di chirurgia cosmetica, plastica o ricostruttiva.
- l. Servizi di consulenza. Consulenza nutrizionale, consulenza ed autoaiuto per pazienti diabetici, programmi di formazione per pazienti diabetici, corsi per la gestione dello stress e la modifica dello stile di vita, consulenza matrimoniale.
- m. Terapia assistita presso una struttura sanitaria o a domicilio. Eccezioni: servizi infermieristici specializzati di durata limitata (un'ora al giorno), medicinali prescritti e un numero massimo di 12 visite mediche per anno solare. Le cure necessarie dal punto di vista clinico ai pazienti ricoverati presso una struttura sanitaria sono contemplate dal programma.
- n. Terapie di rieducazione o riabilitazione, fatta eccezione per le terapie previste dal programma per pazienti disabili (Program for Person with Disabilities).
- o. Elettrolisi.
- p. Procedure sperimentali.
- q. Occhiali da vista e lenti a contatto, fatta eccezione per circostanze alquanto limitate, fra cui interventi di rimozione di lenti a contatto corneali.
- r. Alimenti, alimenti sostitutivi, integratori o vitamine non somministrati all'interno di una struttura ospedaliera, fatta eccezione per le terapie di nutrizione a domicilio, come quelle prescritte ai pazienti affetti da tumore.

- s. Trattamenti podologici, fatta eccezione per i casi in cui esiste un problema clinico o una lesione.
- t. Test genetici non prescritti da un medico e in altre determinate circostanze.
- u. Apparecchi acustici, fatta eccezione per gli apparecchi previsti dal programma per pazienti disabili (Program for Person with Disabilities).
- v. Esami diagnostici dell'udito, fatta eccezione per gli esami condotti in seguito ad interventi chirurgici o problemi di natura clinica.
- w. Immunizzazione (vaccinazione) dei bambini dai 6 anni in su, se non in relazione a programmi di prevenzione; pap test e mammografie effettuati a scopo diagnostico o preventivo.
- x. Disturbi dell'apprendimento (es. dislessia).
- y. Terapia psichiatrica megavitaminica o ortomolecolare.
- z. Espansione della mente o psicoterapia elettiva.
- aa. Calzature ortopediche e plantari anatomici, se non facenti parte di un dispositivo ortopedico.
- bb. Farmaci da banco.
- cc. Stanze private all'interno di strutture ospedaliere.
- dd. Terapia del riposo.
- ee. Soggiorni in casa di riposo.
- ff. Corsi di rilassamento e autoaiuto.
- gg. Interventi di rettificazione del sesso.
- hh. Logopedia, se non associata a un determinato disturbo o trauma.
- ii. Trattamento di disturbi della sfera sessuale.
- jj. Interventi di rettificazione della sterilizzazione chirurgica.
- kk. Servizi di consulenza telefonica.
- ll. Prodotti o servizi per la perdita o il controllo del peso.
- mm. Indennizzi ai lavoratori.

#### 6. Tenuta di prescrizioni indenni (Pagamento di servizi non coperti)

Il Fornitore di servizi sanitari non può richiedere un pagamento da un paziente per nessun servizio che rientra nelle esclusioni o che risulta senza copertura, ricevuto appunto da un Fornitore di servizi sanitari. I pazienti sono da considerare indenni in tutti i casi, ad eccezione dei casi qui di seguito indicati.

Il Fornitore di servizi sanitari può fatturare il paziente come segue:

- a. se il paziente non ha informato il Fornitore di servizi sanitari che egli / essa è un Beneficiario TRICARE;
- b. se il paziente era stato informato che i servizi erano esclusi o escludibili, ed egli / essa ha concordato preventivamente di pagare per tali servizi. Un accordo di pagamento deve essere garantito da un documento scritto.
  - i. Annotazioni scritte prima di ricevere i servizi / prestazioni dimostranti che il paziente era stato informato che tali servizi erano esclusi o non coperti, ed il paziente ha concordato di pagare per quest'ultimi.
  - ii. Una dichiarazione oppure un documento scritto dal paziente prima di ricevere i servizi, riconoscendo che i servizi erano esclusi o non coperti, e d'accordo nel rimborsarne il costo.
  - iii. Dichiarazioni scritte da entrambi il Fornitore di servizi sanitari ed il paziente successivamente al ricevimento dei servizi, che il Beneficiario, prima di ricevere tali servizi, ha accettato di pagare per i tali, essendo a conoscenza che tali servizi erano esclusi o non coperti.

Accordi generali di pagamento, come quelli firmati dal paziente al momento dell'ammissione, non provano evidenza che il paziente fosse a conoscenza preventiva che tali servizi fossero esclusi o non coperti.

## Appendice 4

### Informazioni sulla struttura di erogazione dei servizi sanitari – Modulo per fornitore istituzionale

**Nota** – Il fornitore istituzionale esegue procedure chirurgiche sotto anestesia generale e / o può ricoverare pazienti, ad esempio per studi sul sonno.

Dettagli e preferenze di fatturazione:			
Nome dell'istituzione ARNAS Garibaldi		TEPRV (ID fornitore) ITA000090ITA 0000	SPIN ID (per scopi amministrativi) 76925
Indirizzo fisico		Città	
Nazione	CAP	Indirizzo e-mail	
Recapito telefonico per appuntamenti		Recapito telefonico del personale medico	
Recapito telefonico fuori orario di ricevimento		Fax	

Indirizzo di fatturazione	Città
Nazione	CAP
<b>Indicare il metodo di pagamento preferito (spuntarne uno):</b>	
<input type="checkbox"/> Assegno in valuta locale Indicare l'intestatario dell'assegno: _____	
<input type="checkbox"/> Assegno in dollari USA Indicare l'intestatario dell'assegno: _____	
<input type="checkbox"/> Trasferimento fondi elettronico - Completare Appendice 6a (Modulo trasferimento fondi elettronico)	

Utilizzo di un'agenzia di fatturazione per l'invio di richieste TRICARE: Sì / No [Se sì, completare la tabella seguente]			
Nome agenzia di fatturazione		Indirizzo agenzia di fatturazione:	
Città	Nazione	CAP	Recapito telefonico
Indicare se l'agenzia di fatturazione richiede pagamenti attraverso bonifico (trasferimento fondi elettronico): Sì/No		Se si richiede all'agenzia di fatturazione di completare Appendice 6b (Agenzia di fatturazione – Modulo trasferimento fondi elettronico)	

Preferenze sulla compilazione delle richieste:	
<i>Spuntare le proprie preferenze relative all'invio di richieste TOP - vedere Appendice 3 Istruzioni di fatturazione per ulteriori informazioni. Il Dirigente di Rete fornirà supporto provvedendo gli strumenti necessari per l'invio di richieste in base alle preferenze indicate.</i>	
<input type="checkbox"/> Indirizzo  <input type="checkbox"/> Fax (numero internazionale)	<input type="checkbox"/> E-mail sicura (occorrerà effettuare una registrazione online) <input type="checkbox"/> Scambio di dati elettronici (completare e inviare Appendice 5 - Modulo EDI)

Orari abituali di erogazione dei servizi			
Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì
Venerdì	Sabato	Domenica	
<b>Servizi di emergenza 24 ore su 24?</b> Sì/No			
Indicare eventuali orari di attività serali o nel fine settimana, o indicazioni relative ai servizi di emergenza:			

---

## Appendice 5

### Trasmissione di moduli di richiesta TRICARE in modalità elettronica

Un'organizzazione composta da più Fornitori di servizi sanitari potrà presentare un unico modulo, a nome di tutti i Fornitori. Il modulo potrà essere firmato da un unico soggetto autorizzato, a nome della struttura o delle strutture sanitarie. Sarà tuttavia necessario allegare al modulo un elenco completo di tutte le sedi e dei Fornitori per i quali saranno emesse fatture.

Nome della struttura sanitaria: \_\_\_\_\_

ID fornitore assegnato da TRICARE: \_\_\_\_\_

Codice NPI del Fornitore (se pertinente – solo per il territorio degli Stati Uniti): \_\_\_\_\_

Tipo di richiesta (selezionare una o più opzioni):  Fornitore istituzionale (ospedale o struttura di chirurgia ambulatoriale diurna)

Studio medico individuale o poliambulatorio

Studio medico individuale o poliambulatorio

Inviare Appendice 4 fornendo informazioni sulla sede di erogazione dei servizi sanitari.

Indicare l'opzione di trasmissione EDI prescelta:

1. Trasmissione della richiesta online dal sito [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com)

2. Trasmissione delle richieste elettronica mediante software EDI del fornitore  
Nome del fornitore (se pertinente) \_\_\_\_\_

3. Trasmissione delle richieste in modalità elettronica mediante software PC-ACE fornito da WPS

4. Servizio di liquidazione delle rimanenze o delle fatture  
Nome del servizio di liquidazione delle fatture / delle rimanenze (se pertinente) \_\_\_\_\_

1. In caso di selezione delle opzioni 2, 3 o 4 indicate sopra, il Fornitore di servizi sanitari si impegna a rispettare le specifiche richieste dalla versione più aggiornata delle norme HIPAA in materia di transazioni, nonché di utilizzare i relativi codici.
2. Per quanto riguarda le transazioni relative a richieste, il Fornitore di servizi sanitari accetta che le richieste trasmesse in modalità elettronica siano considerate come firmate dal Fornitore di servizi sanitari o da un proprio rappresentante autorizzato, ai fini legali e per eventuali altri scopi.
3. Per quanto riguarda le transazioni relative a richieste, il Fornitore di servizi sanitari si impegna a tenere un registro delle firme dei pazienti. Il Fornitore di servizi sanitari autorizza INTL.SOS alla validazione delle richieste trasmesse in modalità elettronica attraverso procedure di audit dei registri, nell'ambito del sistema di controllo qualità di INTL.SOS. Il Fornitore di servizi sanitari riconosce che, in assenza di autorizzazione firmata, sarà necessario ottenere un'autorizzazione dal paziente prima della trasmissione della relativa richiesta ad INTL.SOS.
4. Il Fornitore di servizi sanitari riconosce che INTL.SOS non ha alcun obbligo relativo alla verifica, al controllo o a qualsiasi tipo di ispezione delle informazioni incluse nelle richieste emesse dal Fornitore di servizi sanitari stesso. Il Fornitore di servizi sanitari riconosce inoltre che INTL.SOS ha la responsabilità esclusiva di verificare la completezza, la precisione e l'attendibilità delle informazioni e delle richieste trasmesse; il Fornitore di servizi sanitari sarà esclusivamente responsabile della documentazione fonte delle informazioni inserite all'interno delle richieste trasmesse.
5. INTL.SOS potrà apportare modifiche alla procedura di gestione delle transazioni, come stabilito nella X12 ASC Implementation Guide o nella WPS-TRICARE Companion Guide. Il Fornitore di servizi sanitari dichiara inoltre di essere a conoscenza del fatto che INTL.SOS accetterà soltanto le transazioni corrispondenti ai requisiti modificati, restituendo le richieste errate affinché possano essere debitamente corrette.

## Appendice 6a

### Richiesta di pagamento via trasferimento fondi elettronico

Qualora si preveda la ricezione diretta di tutti i pagamenti, indicare i dettagli relativi alla propria banca.  
Qualora si elaborino tutte le fatture attraverso una agenzia di fatturazione o un'entità corporativa, si prega di inviare i relativi dettagli bancari e un elenco dei fornitori da fatturare attraverso tale banca.

#### INFORMAZIONI SUL FORNITORE

Si utilizza un'agenzia di fatturazione? Sì / No (In caso di risposta positiva, richiedere alla propria agenzia di fatturazione di completare il Modulo trasferimento fondi elettronico per agenzie di fatturazione)

Numero ID TRICARE	_____	Nome del fornitore	_____
Città	_____	Stato	_____
Nazione	_____	CAP	_____

#### DETTAGLI BANCARI:

Si prega di fornire dettagli sul titolare del conto – incluso l'indirizzo

Nome del titolare del conto	_____	Numero di telefono	_____
Indirizzo	_____		
Nazione	_____	CAP	_____
Nome della banca	_____		
Codice ID della banca (SWIFT, FED, ABA, ecc.)	_____	Codice IBAN completo	_____
Indirizzo della banca	_____	Città della banca	_____
Stato/Nazione della banca	_____	CAP della banca	_____

#### DETTAGLI SULLA BANCA INTERMEDIARIA:

Si prega di fornire dettagli sul titolare del conto – incluso l'indirizzo

Nome banca intermediaria	_____	Numero di telefono	_____
Indirizzo	_____		
Stato/Nazione	_____	CAP	_____
Codice SWIFT della banca	_____		

**INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO:** Bonifico \_\_\_\_\_ (specificare la valuta)

#### Autorizzazione (firmare e specificare la data)

\_\_\_\_\_ (titolare del conto bancario) autorizza International SOS e/o i suoi Agenti incaricati ad effettuare pagamenti relativi a qualsiasi benefit pagabile a noi accreditando tali pagamento al mio conto presso la banca o l'istituto finanziario indicato sopra. Convegno di notificare per iscritto qualsiasi cambiamento relativo alle informazioni fornite su questo modulo o il ritiro di questa autorizzazione.

Convegno di rimborsare immediatamente l'intero ammontare dei pagamenti immotivati, depositati sul mio conto per qualsiasi motivo. Convegno inoltre che qualora tali pagamenti immotivati non siano immediatamente rimborsati i costi del recupero saranno interamente a mio carico. Questi costi includono spese legali ragionevoli sostenute da International SOS e/o dagli Agenti incaricati per il recupero di tali pagamenti.

Qualora siano versati sul mio conto pagamenti di benefit esagerati, convegno che International SOS possa indebitare il mio conto per rimediare tali pagamenti esagerati, senza ulteriori autorizzazioni da parte del sottoscritto.

Tutte le spese bancarie a carico della nostra organizzazione rientrano nelle nostre responsabilità.

Firma	_____	Titolo	_____	Data	_____
-------	-------	--------	-------	------	-------

Nome dell'organizzazione \_\_\_\_\_

Inviare via e-mail questo modulo a:	<b>Europa, Medio Oriente e Africa</b>	providerseurasiaafrica@internationalsos.com
	<b>Asia Pacifica</b>	providersasiapacific@internationalsos.com
	<b>America Latina e Canada</b>	providerslatinamerica@internationalsos.com
	<b>Porto Rico</b>	provider.inquiries.PR@internationalsos.com

## Appendice 6b

### Agenzia di fatturazione - Richiesta di pagamento via trasferimento fondi elettronico

Qualora si utilizzino i servizi di un'agenzia di fatturazione per l'invio di richieste a proprio nome per richieste del beneficiario TOP, si prega di richiedere alla propria agenzia di fatturazione la compilazione e la restituzione del presente modulo contestualmente al protocollo di mutua cooperazione.

#### INFORMAZIONI RELATIVE ALL'AGENZIA DI FATTURAZIONE:

Numero ID TRICARE	_____	Nome agenzia di fatturazione	_____
Città	_____	Stato	_____
Nazione	_____	CAP	_____

#### DETTAGLI BANCARI:

Si prega di fornire dettagli sul Titolare del conto – incluso l'indirizzo

Nome del titolare del conto	_____	Numero di telefono	_____
Indirizzo	_____		
Nazione	_____	CAP	_____
Nome della banca	_____		
Codice ID della banca (Swift, FED, ABA, ecc.)	_____	Codice IBAN completo	_____
Indirizzo della banca	_____	Città della banca	_____
Stato/Nazione della banca	_____	CAP banca	_____

#### DETTAGLI SULLA BANCA INTERMEDIARIA:

Si prega di fornire dettagli sul Titolare del conto – incluso l'indirizzo

Nome banca intermediaria	_____	Numero di telefono	_____
Indirizzo	_____	Città	_____
Stato/Nazione	_____	CAP	_____
Codice SWIFT della banca	_____		

**INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO:** Bonifico \_\_\_\_\_ (specificare la valuta)

#### Autorizzazione (firmare e specificare la data)

\_\_\_\_\_ (titolare del conto bancario) autorizza International SOS e/o i suoi Agenti incaricati ad effettuare pagamenti relativi a qualsiasi benefit pagabile a noi accreditando tali pagamento al mio conto presso la banca o l'istituto finanziario indicato sopra. Convegno di notificare per iscritto qualsiasi cambiamento relativo alle informazioni fornite su questo modulo o il ritiro di questa autorizzazione.

Convegno di rimborsare immediatamente l'intero ammontare dei pagamenti immeritati, depositati sul mio conto per qualsiasi motivo. Convegno inoltre che qualora tali pagamenti immeritati non siano immediatamente rimborsati i costi del recupero saranno interamente a mio carico. Questi costi includono spese legali ragionevoli sostenute da International SOS e/o dagli Agenti incaricati per il recupero di tali pagamenti.

Qualora siano versati sul mio conto pagamenti di benefit esagerati, convegno che International SOS possa indebitare il mio conto per rimediare tali pagamenti esagerati, senza ulteriori autorizzazioni da parte del sottoscritto.

Tutte le spese bancarie a carico della nostra organizzazione rientrano nelle nostre responsabilità.

Firma	_____	Titolo	_____	Data	_____
-------	-------	--------	-------	------	-------

Nome dell'organizzazione \_\_\_\_\_

Inviare via e-mail questo modulo a:	<b>Europa, Medio Oriente e Africa</b>	providerseurasiapacific@internationalsos.com
	<b>Asia Pacifica</b>	providersasiapacific@internationalsos.com
	<b>America Latina e Canada</b>	providerslatinamerica@internationalsos.com
	<b>Porto Rico</b>	provider.inquiries.PR@internationalsos.com

## **Appendice 7 Tariffari**

## **Protocollo di mutua cooperazione per i fornitori di International SOS**

---

### Istruzioni per la candidatura dei fornitori

1. Leggere attentamente il Protocollo di mutua cooperazione, apponendo firma, timbro e data a Pagina 3.
2. Completare l'Appendice 4 indicando dettagli sul proprio studio medico individuale/poliambulatorio/struttura sanitaria.
3. Se si forniscono servizi ai beneficiari di TRICARE e si sceglie di inviare richieste TRICARE utilizzando una delle nostre opzioni per l'invio di richieste elettroniche, compilare e firmare Appendice 5 'Accordo del fornitore per l'invio di richieste elettroniche TRICARE'
4. Se si forniscono servizi ai beneficiari di TRICARE e si desidera ottenere il pagamento attraverso un trasferimento fondi elettronico compilare e firmare l'Appendice 6a 'Richiesta di pagamento via trasferimento fondi elettronico'.
5. Se si forniscono servizi ai beneficiari di TRICARE utilizzando i servizi di un'agenzia di fatturazioni per l'invio di richieste a proprio conto e tale agenzia desidera che i pagamenti siano effettuati via trasferimento fondi elettronico, accertarsi che l'agenzia di fatturazioni compili e firmi l'Appendice 6b 'Richiesta di pagamento via trasferimento fondi elettronico da parte di agenzie di fatturazioni'.
6. Includere una copia del Tariffario più recente, che costituirà l'Appendice 7.
7. Inviare la documentazione elencata in precedenza, accompagnata dalle proprie Qualifiche Professionali, dal proprio curriculum vitae, copia della propria licenza ed altre credenziali specifiche indicate in Appendice 8, al proprio Dirigente Regionale di Rete presso International SOS.

***In caso di domande relative al presente Protocollo di mutua cooperazione o alla fornitura di servizi sanitari in ottemperanza alle condizioni del presente Protocollo di mutua cooperazione, contattare il proprio Dirigente Regionale di Rete al Tel: +44 (0)20 8762 8384, o all'indirizzo e-mail: [ProvidersEurasiaAfrica@internationalsos.com](mailto:ProvidersEurasiaAfrica@internationalsos.com)***

*Vi ringraziamo per l'interesse e la collaborazione*

---

## Protocollo di mutua cooperazione

*Il presente Protocollo di mutua cooperazione costituisce accordo tra un fornitore di servizi sanitari ed International SOS. Lo scopo del presente Protocollo di mutua cooperazione è quello di agevolare l'accesso e consentire il pagamento di prestazioni mediche necessarie dal punto di vista clinico, erogate da una struttura sanitaria o da un singolo medico ad un beneficiario / paziente avente diritto.*

Il presente Protocollo di mutua cooperazione entra in vigore dal giorno 20 di Giugno 2017 fino al 19 di Giugno 2018 fra:

International SOS Assistance (CZ) s. r. o., con sede legale in Andel Park, Karla Engliše 3201/6, 150 00 Praga 5, Repubblica Ceca, che stipula il presente Protocollo di mutua cooperazione per sé e a nome delle sue società affiliate (di seguito denominata "INTL.SOS"); e

ARNAS Garibaldi, con sede legale in Piazza S Maria di Gesù 5, 95124 Catania, Italia (di seguito denominato il "Fornitore di servizi sanitari").

### A. INFORMAZIONI GENERALI

1. INTL.SOS è un'organizzazione dotata di una rete mondiale di centri di emergenza, che offre servizi di assistenza di emergenza, servizi sanitari internazionali, servizi di sicurezza e assistenza ai clienti, servizi medici ed altri servizi correlati a viaggiatori, espatriati e ad altri membri iscritti (di seguito denominati i "Membri"). INTL.SOS desidera intraprendere una collaborazione con un appaltatore autonomo per l'erogazione di servizi sanitari e servizi correlati in Italia.
2. Il Fornitore di servizi sanitari è un soggetto o una struttura che opera in Italia nel settore della fornitura di servizi sanitari (di seguito denominati i "Servizi"), dispone di regolare licenza e desidera operare in qualità di appaltatore autonomo, come indicato alla clausola A1 precedente.
3. Di seguito il programma governativo di assistenza sanitaria del governo degli Stati Uniti è denominato "TRICARE".

### B. TERMINI E CONDIZIONI DEL PROTOCOLLO DI MUTUA COOPERAZIONE

1. Dietro richiesta di INTL.SOS, il Fornitore di servizi sanitari si impegna all'erogazione dei Servizi ai Membri, in ottemperanza alle procedure periodicamente stabilite da INTL.SOS ed accettate dal Fornitore di servizi sanitari.
2. IL FORNITORE DI SERVIZI SANITARI SI IMPEGNA A:
  - a. garantire che INTL.SOS possa usufruire dei Servizi erogati durante l'orario di attività concordato (come stabilito in Appendice 4 – Modulo per studi medici individuali, poliambulatori o fornitori istituzionali).
  - b. accettare i documenti di Garanzia di pagamento (di seguito denominata "GDP") inviati da INTL.SOS via fax qualora INTL.SOS accetti di fornire una garanzia relativa al pagamento delle spese mediche sostenute dai Membri.
  - c. accettare il Modulo TRICARE di pre-autorizzazione inviato da INTL.SOS via fax qualora INTL.SOS autorizzi il Fornitore dei servizi sanitari all'offerta di servizi, procedure o ricoveri su richiesta, in base a un'analisi delle necessità mediche del paziente.
  - d. **[NOTA – riservato a Fornitori professionisti non istituzionali]** assicurare che i servizi mostrati sulla richiesta siano adeguati da un punto di vista medico e necessari per la salute del paziente e forniti personalmente dal Fornitore di servizi sanitari professionali oppure erogati in connessione con il servizio professionale di Fornitori sanitari da parte di suoi dipendenti sotto la sua supervisione diretta, salvo condizioni differenti permesse nei regolamenti Medicare o TRICARE. I servizi considerati "in connessione" al servizio professionale di Fornitori di servizi sanitari:
    - i. Devono essere offerti sotto la supervisione diretta del Fornitore di servizi sanitari da parte di un dipendente di quest'ultimo
    - ii. Devono costituire una parte integrante, pur se ausiliaria, di un servizio erogato da un medico
    - iii. Devono costituire servizi erogati comunemente nello studio del medico; e

---

## Protocollo di mutua cooperazione

*Il presente Protocollo di mutua cooperazione costituisce accordo tra un fornitore di servizi sanitari ed International SOS. Lo scopo del presente Protocollo di mutua cooperazione è quello di agevolare l'accesso e consentire il pagamento di prestazioni mediche necessarie dal punto di vista clinico, erogate da una struttura sanitaria o da un singolo medico ad un beneficiario / paziente avente diritto.*

Il presente Protocollo di mutua cooperazione entra in vigore dal giorno 20 di Giugno 2017 fino al 19 di Giugno 2018 fra:

International SOS Assistance (CZ) s. r. o., con sede legale in Andel Park, Karla Englise 3201/6, 150 00 Praga 5, Repubblica Ceca, che stipula il presente Protocollo di mutua cooperazione per sé e a nome delle sue società affiliate (di seguito denominata "INTL.SOS"); e

ARNAS Garibaldi, con sede legale in Piazza S Maria di Gesu 5, 95124 Catania, Italia (di seguito denominato il "Fornitore di servizi sanitari").

### A. INFORMAZIONI GENERALI

1. INTL.SOS è un'organizzazione dotata di una rete mondiale di centri di emergenza, che offre servizi di assistenza di emergenza, servizi sanitari internazionali, servizi di sicurezza e assistenza ai clienti, servizi medici ed altri servizi correlati a viaggiatori, espatriati e ad altri membri iscritti (di seguito denominati i "Membri"). INTL.SOS desidera intraprendere una collaborazione con un appaltatore autonomo per l'erogazione di servizi sanitari e servizi correlati in Italia.
2. Il Fornitore di servizi sanitari è un soggetto o una struttura che opera in Italia nel settore della fornitura di servizi sanitari (di seguito denominati i "Servizi"), dispone di regolare licenza e desidera operare in qualità di appaltatore autonomo, come indicato alla clausola A1 precedente.
3. Di seguito il programma governativo di assistenza sanitaria del governo degli Stati Uniti è denominato "TRICARE".

### B. TERMINI E CONDIZIONI DEL PROTOCOLLO DI MUTUA COOPERAZIONE

1. Dietro richiesta di INTL.SOS, il Fornitore di servizi sanitari si impegna all'erogazione dei Servizi ai Membri, in ottemperanza alle procedure periodicamente stabilite da INTL.SOS ed accettate dal Fornitore di servizi sanitari.
2. IL FORNITORE DI SERVIZI SANITARI SI IMPEGNA A:
  - a. garantire che INTL.SOS possa usufruire dei Servizi erogati durante l'orario di attività concordato (come stabilito in Appendice 4 – Modulo per studi medici individuali, poliambulatori o fornitori istituzionali).
  - b. accettare i documenti di Garanzia di pagamento (di seguito denominata "GDP") inviati da INTL.SOS via fax qualora INTL.SOS accetti di fornire una garanzia relativa al pagamento delle spese mediche sostenute dai Membri.
  - c. accettare il Modulo TRICARE di pre-autorizzazione inviato da INTL.SOS via fax qualora INTL.SOS autorizzi il Fornitore dei servizi sanitari all'offerta di servizi, procedure o ricoveri su richiesta, in base a un'analisi delle necessità mediche del paziente.
  - d. **[NOTA – riservato a Fornitori professionisti non istituzionali]** assicurare che i servizi mostrati sulla richiesta siano adeguati da un punto di vista medico e necessari per la salute del paziente e forniti personalmente dal Fornitore di servizi sanitari professionali oppure erogati in connessione con il servizio professionale di Fornitori sanitari da parte di suoi dipendenti sotto la sua supervisione diretta, salvo condizioni differenti permesse nei regolamenti Medicare o TRICARE. I servizi considerati "in connessione" al servizio professionale di Fornitori di servizi sanitari:
    - i. Devono essere offerti sotto la supervisione diretta del Fornitore di servizi sanitari da parte di un dipendente di quest'ultimo
    - ii. Devono costituire una parte integrante, pur se ausiliaria, di un servizio erogato da un medico
    - iii. Devono costituire servizi erogati comunemente nello studio del medico; e

- iv. I servizi non erogati da medici devono essere inclusi nella fatturazione del medico.
- e. operare in maniera conforme ai requisiti stabiliti in Appendice 1 (Documentazione delle qualifiche professionali, responsabilità e tutela dei dati), fornendo ad INTL.SOS tutti i documenti indicati all'interno di tale Appendice.
- f. applicare i costi relativi ai servizi offerti secondo quanto stabilito dal Tariffario in Appendice 7. Non sarà consentito apportare alcuna modifica al Tariffario, fatta eccezione per le modifiche concordate da entrambe le parti.
- g. presentare ogni richiesta relativa a TRICARE in ottemperanza a quanto stabilito in Appendice 3 (Procedure di fatturazione TRICARE).
- h. In relazione all'invio di richieste TRICARE in formato elettronico, agire in conformità con i termini indicati in Appendice 5 (Invio elettronico del modulo delle richieste TRICARE).
3. INTL.SOS SI IMPEGNA A:
- a. nominare un Dirigente di Rete che operi in veste di principale referente del Fornitore di servizi sanitari, offrendo informazioni ed assistenza per quanto concerne i seguenti aspetti:
- i. Problematiche relative ai clienti
  - ii. Elaborazione di servizi sanitari e richieste di servizi sanitari
  - iii. Idoneità alla ricezione dei Servizi
- b. comunicare al Fornitore di servizi sanitari il nominativo ed il contatto telefonico del Dirigente di Rete, aggiornandolo in caso di variazioni.
- c. provvedere al pagamento delle fatture coperte da Garanzia di pagamento entro 45giorni dalla ricezione della fattura in originale, nonché della relativa documentazione di accompagnamento.
- d. provvedere al pagamento di ogni richiesta TRICARE pre-autorizzata ed eseguita in modo corretto per il rimborso previsto dai benefici garantiti entro 45giorni dalla ricezione del modulo di richiesta compilato, nonché della relativa documentazione di accompagnamento.
- e. pubblicare i dettagli per il contatto dei Fornitori di servizi sanitari indicando la specializzazione medica sul TRICARE Overseas Portal ([www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com)) consentendone l'accesso a tutti i Membri di TRICARE Overseas.
- f. pubblicare informazioni nel database interno dei fornitori di INTL.SOS per referenze da altri clienti di fornitori di qualità.
4. Il presente Protocollo di mutua cooperazione non costituisce accordo esclusivo fra le Parti.
5. Entrambe le Parti possono rescindere dal presente Protocollo di mutua cooperazione, previa notifica scritta inviata con preavviso di 30 giorni all'altra Parte.
6. Le notifiche richieste ai sensi del presente Protocollo di mutua cooperazione dovranno essere presentate in forma scritta e inviate a mezzo raccomandata, fax o e-mail all'indirizzo, al numero di fax o all'indirizzo e-mail della Parte destinataria, indicati di seguito:

(a) in caso di invio di notifica a INTL.SOS,

<b>Nome dell'ente Intl.SOS:</b> International SOS Assistance (CZ)		
<b>All'attenzione di: Dirigente Regionale di Rete TRICARE</b> Thomas Feck c/o Martina Chmatalova		<b>Fax:</b> +420 222 111 171
<b>Indirizzo</b> Andel Park, Karla Engliše 3201/6		<b>Indirizzo e-mail:</b> <a href="mailto:ProvidersEurasiaAfrica@internationalsos.com">ProvidersEurasiaAfrica@internationalsos.com</a>
<b>CAP:</b> 150 00	<b>Città:</b> Praga	<b>Nazione:</b> Repubblica Ceca

(b) in caso di invio di notifica al Fornitore di servizi sanitari,

<b>Nome del Fornitore di servizi sanitari</b> ARNAS Garibaldi		
<b>All'attenzione di:(nome del destinatario)</b> Dott. Giorgio Giulio Santonocito		<b>Fax</b> +39 095 759 4812
<b>Indirizzo</b> Piazza S Maria di Gesu 5		<b>Indirizzo e-mail</b> protocollo.generale@pec.ao-garibaldi.ct.it
<b>CAP</b> 95124	<b>Città</b> Catania	<b>Nazione</b> Italia

oppure all'ultimo indirizzo, numero di fax o indirizzo e-mail indicato dalla Parte destinataria alla Parte mittente.

In caso di notifica inviata a mezzo raccomandata, farà fede la data di ricezione; in caso di invio via fax, faranno fede l'ora e la data di completamento della trasmissione dell'intero documento da parte del mittente, notificata dalla macchina con un rapporto; in caso di invio via e-mail, farà fede la conferma di ricezione da parte del destinatario del messaggio.

7. Il presente Protocollo di mutua cooperazione sarà interpretato ed entrerà in vigore in conformità alle leggi vigenti in Italia. Eventuali dispute che sorgessero in seguito a o in relazione al presente Protocollo di mutua cooperazione, comprese le eventuali dispute riguardanti l'esistenza, la validità o la rescissione dello stesso, saranno risolte a mezzo arbitrato nella città di Roma, Italia, condotto da Camera Arbitrale di Roma conformemente alle Norme di Arbitrato di Camera di Commercio Internazionale per il periodo di validità del Protocollo, che sarà integrato all'interno della presente clausola. Gli arbitri responsabili dell'arbitrato saranno tre. L'autorità responsabile della nomina degli arbitri sarà il Presidente del Collegio arbitrale do Roma o il proprio sostituto designato. L'arbitrato si svolgerà in lingua inglese.
8. Sottoscrivendo il presente Protocollo di mutua cooperazione, il Fornitore di servizi sanitari dichiara implicitamente che le informazioni fornite sono esatte e corrispondono a verità.
9. Il presente Protocollo di mutua cooperazione potrà essere emesso in un numero illimitato di esemplari, ciascuno dei quali costituirà originale dello stesso; tutti gli esemplari emessi costituiranno inoltre parte integrante dell'intero accordo.
10. Nel rispetto delle leggi applicabili in materia, entrambe le Parti riconoscono che il presente Protocollo di mutua cooperazione, firmato da entrambe le Parti, scannerizzato in formato elettronico (es. in formato .pdf), scambiato via e-mail, sottoscritto e accettato da entrambe le Parti, sarà interamente valido ai fini di legge, vincolante ed eseguibile da entrambe le Parti, anche nel caso in cui non sia avvenuto lo scambio del documento o dei documenti contenenti firme originali

Il presente Accordo di mutua cooperazione entra in vigore a partire dalla data sopraindicata.



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott. Giorgio Giulio Santonocito

Firma del Fornitore di servizi sanitari

Data

Firma di International SOS

Data

## Appendice 1

### Documentazione delle qualifiche professionali, responsabilità e tutela dei dati

#### 1.1 Qualifiche professionali

Il Fornitore di servizi sanitari dichiara e garantisce in qualsiasi circostanza, anche a nome del proprio personale sanitario operante ai fini del presente Accordo, di possedere tutte le qualifiche, licenze ed autorizzazioni richieste dalle leggi e dai regolamenti vigenti in materia (compresi i regolamenti degli enti medici pertinenti) in Italia per l'esercizio della professione medica, impegnandosi inoltre a mantenere tali qualifiche, licenze ed autorizzazioni per l'intera durata del Protocollo di mutua cooperazione, impegnandosi a fornire la documentazione di accompagnamento a sostegno di tali qualifiche, licenze ed autorizzazioni a INTL.SOS. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna altresì a produrre copia documentale dell'avvenuto rinnovo di tali registrazioni, e ad informare tempestivamente INTL.SOS in caso di revoca o di annullamento delle stesse, o qualora il personale del Fornitore di servizi sanitari sia soggetto ad eventuali azioni disciplinari.

Accertarsi di avere fornito tutte le credenziali richieste per la qualifica come Fornitore di rete TOP:

Credenziale	Richiesta	Fornita
Licenza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CV (indicando le esperienze maturate negli ultimi 5 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifica medica / Laurea / Diploma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assicurazione contro gli errori professionali (se richiesta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copia dell'intestazione della fattura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 1.1.1. Riservato a fornitori istituzionali

Il sottoscritto certifica che il sottoscritto (o altro dipendente), il quale ha ottenuto servizi da parte di un Fornitore di servizi sanitari, non è membro attivo degli Uniformed Services né un impiegato del Governo degli U.S.A. (fare riferimento al provvedimento 5536 Titolo 5 dello United States Code (USC)). Chiunque travisi o falsifichi informazioni essenziali per ricevere pagamenti da fondi Federali può essere condannato a multe e alla reclusione secondo quanto previsto dalla legge Federale.

#### 1.2 Responsabilità professionale

Qualora esistano leggi e normative pertinenti in materia di garanzia di responsabilità professionale, il Fornitore di servizi sanitari dichiara e garantisce di impegnarsi ad operare in ottemperanza a tali leggi e normative. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna inoltre a fornire a Intl.SOS una certificazione di garanzia in tal senso, che evidenzia la garanzia richiesta dalla presente clausola, a soddisfazione di quanto richiesto da Intl.SOS. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna ad informare tempestivamente Intl.SOS in caso di revoca o di annullamento di tali garanzie.

#### 1.3 Verifiche e revisioni appropriate

Previo un ragionevole avviso al Fornitore di servizi sanitari e soggetto ad un'opportuna supervisione operata dallo staff del Fornitore di servizi sanitari medesimo, INTL.SOS ha il diritto di accedere alla struttura in forma ragionevole durante le ore di lavoro al fine di condurre delle verifiche di quando in quando per ogni ospedale, in connessione con:

- i. Qualità che garantisce servizi specifici;
- ii. Preoccupazioni motivate in merito all'ospedale espresse da chiunque; e/o
- iii. Documentazione di supporto per una richiesta di rimborso TRICARE.

In caso di identificazione di problematiche oggettive relative alla qualità e/o questioni di sicurezza in seguito ad ispezioni perpretate da INTL.SOS in conseguenza della clausola B.5, INTL.SOS deve immediatamente notificare il Fornitore di servizi sanitari in merito a queste problematiche e fornire indicazioni in merito alle azioni correttive richieste.

#### 1.4 Riservatezza delle informazioni sanitarie personali

- a. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna a non divulgare le informazioni (comprese, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le informazioni personali di natura sanitaria o di altra natura, o

altre informazioni di identificazione personale ricevute da o elaborate per conto di Intl.SOS e dei suoi Membri, ai fini dei servizi sanitari erogati da Intl.SOS o dalle sue società affiliate) ottenute ai fini di o conformemente al Protocollo di mutua cooperazione o in altre modalità, a meno che la divulgazione di tali informazioni sia necessaria all'assolvimento degli obblighi del Fornitore di servizi sanitari, ai sensi del presente Protocollo di mutua cooperazione o ai sensi delle leggi vigenti in materia. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna ad implementare le misure necessarie ad evitare l'uso o la divulgazione di tali informazioni, se non ai fini illustrati all'interno del presente Protocollo di mutua cooperazione o ai fini di legge.

- b. Le parti accettano reciprocamente di tenere le informazioni riservate riguardanti la propria attività nel più stretto riserbo, impegnandosi inoltre a non divulgare tali informazioni a chicchessia.
- c. L'insieme delle informazioni, delle procedure di sviluppo, delle analisi di mercato, delle procedure di sviluppo dei sistemi, delle strategie di mercato e di ottimizzazione dei prodotti, dei processi, dei programmi e dei metodi utilizzati in relazione al Protocollo di mutua cooperazione saranno da considerarsi quali segreti commerciali e/o informazioni riservate, di proprietà esclusiva di INTL.SOS.
- d. In base alla clausola 1.3(e) seguente, il Fornitore di servizi sanitari si impegna a mantenere riservati tali segreti commerciali e/o informazioni, evitandone la cessione, la divulgazione o l'uso in qualsiasi circostanza e provvedendo all'implementazione di ogni misura ritenuta legittima e applicabile, allo scopo di prevenire la divulgazione, la cessione e l'uso dei segreti commerciali e delle informazioni riservate di proprietà di INTL.SOS da parte del proprio personale o di qualsiasi altro individuo soggetto al proprio controllo che ne sia a conoscenza. Il Fornitore di servizi sanitari si impegna a fare tutto il possibile per garantire che i propri dipendenti, agenti e subappaltatori operino nel rispetto dei termini della presente clausola.
- e. Alla scadenza o in seguito a rescissione del presente Protocollo di mutua cooperazione, il Fornitore di servizi si impegna a restituire o a distruggere, secondo quanto indicato da INTL.SOS, l'insieme dei documenti di proprietà di INTL.SOS affidati in custodia al Fornitore di servizi o sotto il controllo dello stesso. La presente clausola non si applica alle informazioni già di dominio pubblico, diventate di dominio pubblico o in possesso legittimo di una delle Parti, elaborate in maniera autonoma da una delle Parti o legittimamente ottenute da terzi senza alcuna restrizione.

#### 1.4 Garanzia e indennità

- 1.4.1 Intl.SOS e il Fornitore di servizi sanitari dichiarano e garantiscono di essere conformi ad ogni requisito legale, normativo o di altro tipo previsto dalla legge applicabile. Il pagamento di tangenti non è consentito a nessuna delle Parti. Ciascuna delle Parti si impegna ad esigere dai propri dipendenti una condotta onesta ed improntata all'integrità, mirata ad evitare conflitti di interessi. Ciascuna delle Parti sottoscrittenti si impegna ad informare tempestivamente in forma scritta l'altra Parte in caso di entrata in vigore di statuti, regolamenti, norme o emendamenti dei quali entrerà a conoscenza e che possano interferire con la capacità di una o di entrambe le Parti di adempiere alle proprie mansioni ed ai propri obblighi ai fini del presente Accordo, o che richiedano di intraprendere un'azione ai fini del presente Accordo.
- 1.4.2 Il Fornitore di servizi sanitari si impegna a manlevare e tenere indenne Intl.SOS da e verso ogni possibile ricorso, richiesta, azione, violazione, omissione, danno, perdita, costo, responsabilità o spesa a carico di Intl.SOS in seguito a ricorsi relativi all'esecuzione del presente Accordo, a violazione delle clausole del presente Accordo o ad azioni, di natura sia volontaria che involontaria da parte del Fornitore di servizi sanitari o dei suoi funzionari, dipendenti, agenti o subappaltatori. La presente clausola sopravviverà alla scadenza o alla rescissione del presente Protocollo di mutua cooperazione.
- 1.4.3 Il Fornitore di servizi sanitari si impegna altresì a manlevare e tenere indenne il Governo degli Stati Uniti da e verso ogni possibile ricorso, richiesta, azione, violazione, omissione, danno, perdita, costo, responsabilità o spesa a carico del Governo degli Stati Uniti in seguito a ricorsi relativi all'erogazione di servizi sanitari ai fini del presente Accordo.

### 1.5 Tutela dei dati

Il Fornitore di servizi sanitari dichiara di e si impegna a:

- a. Implementare ogni misura ritenuta opportuna, al fine di garantire la tutela dei dati personali ed evitarne la perdita, la divulgazione, l'accesso non autorizzati e la modifica.
- b. non utilizzare o divulgare i dati personali ricevuti da o elaborati per conto di INTL.SOS, appartenenti ai propri clienti e/o ai Membri di International SOS, fatta eccezione per le circostanze descritte all'interno del presente Protocollo di mutua cooperazione o secondo i requisiti di legge, garantendo la medesima condotta da parte dei propri dipendenti, agenti, rappresentanti e subappaltatori, con i quali si impegnerà a stipulare accordi di riservatezza adeguati.
- c. consentire a INTL.SOS, ai propri agenti e rappresentanti ed agli enti di tutela dei dati di sottoporre la propria struttura operativa a procedure di auditing, allo scopo di garantire la conformità ai termini ed alle condizioni del presente Protocollo di mutua cooperazione, con ragionevole preavviso e durante il normale orario di ricevimento.
- d. provvedere all'elaborazione dei dati personali conformemente ai principi indicati di seguito:
  - i. La ricezione, l'uso, l'elaborazione e la trasmissione dei dati personali saranno subordinate al consenso informato dei soggetti interessati. Il termine "soggetto interessato" si riferisce ad un soggetto sia vivente che deceduto.
  - ii. I dati personali saranno ottenuti per uno scopo particolare e legittimo, e non potranno essere elaborati in maniera incompatibile con tale scopo.
  - iii. I dati personali saranno adeguati, pertinenti e non eccessivi in relazione allo scopo per il quale sono stati elaborati.
  - iv. I dati personali dovranno essere esatti ed aggiornati.
  - v. I dati personali non potranno essere conservati per un periodo più lungo del necessario.
  - vi. I dati personali saranno elaborati nel rispetto dei diritti dei soggetti interessati.
  - vii. Saranno implementate tutte le misure tecniche ed organizzative necessarie allo scopo di prevenire l'elaborazione non autorizzata o illegittima, la perdita accidentale, la distruzione o la manomissione dei dati personali.
  - viii. I dati personali non saranno divulgati o trasmessi a società o enti terzi con sede al di fuori dell'Area Economica Europea o dei confini Italia, se non previo consenso informato rilasciato in forma scritta dall'interessato o da INTL.SOS. Tale consenso sarà rilasciato ad esclusiva discrezione di INTL.SOS e sarà subordinato all'adeguatezza del livello di protezione dei dati personali adottato dal terzo interessato.
- e. Notificare tempestivamente INTL.SOS in caso di richiesta di divulgazione di dati personali da parte di un ente regolatore o governativo.

## Appendice 2

### Esempio di modulo di autorizzazione TRICARE Overseas



TRICARE AUTHORIZATION FORM (MODULO DI AUTORIZZAZIONE)  
FOR INPATIENT CARE (PER CURE A PAZIENTE INTERNO)  
TRICARE PRIME / PRIME REMOTE BENEFICIARY



<b>To ~ A:</b> <<CasePro.nvchCompanyName>> <<CaseProAdd.nvchAddrLine1>> <<CaseProAdd.nvchCity>> <<CaseProAdd.nvchCountry>> <<CaseProAdd.nvchPostalCode>> Tel ~ Telefono: <<CasePro.nvchOtherPhone>> Fax: <<CasePro.nvchFax>>	<b>Authorization Number ~</b> Numero di autorizzazione: <<CaseVOBAut.nvchVOBAuthNo>>  <b>Date ~ Data:</b> 12 November 2015  <b>Pages ~ Pagine:</b> 2
--	---

<b>SERVICE(S) REQUEST IN RESPECT OF -</b> <b>RICHIESTA DI SERVIZIO(I) RELATIVA A:</b>	<<CaseVerification.nvchBeneficiaryName>> <<CaseVerification.nvchBeneficiaryLName>> / <<CaseVerification.dBeneficiaryDOB>> / <<CaseDetail.nvchAddField1>>
--	--

Il presente documento conferma l'autorizzazione per il paziente di cui sopra presso <<CasePro.nvchCompanyName>> per le cure cliniche. La presente autorizzazione è valida solo dal <<CaseVOBAut.dServiceStart>> al <<CaseVOBAut.dServiceEnd>>.

<b>Priority</b>	Priorità	<<CaseVOBAut.nvchPriority>>
<b>Specialty</b>	Specializzazione	<<CaseVOBAut.nvchCategory>> / <<CaseVOBAut.nvchSpecialty>>
<b>Preliminary Diagnosis</b>	Diagnosi preliminare	As per referral ~ Come da riferimento <<CaseCSLMasterQuestionID.4d0a931d-d94c-44e7-8188-d80e82256abd>>
<b>Certified Length of Stay</b>	Durata di permanenza certificata	<<CaseVOBAut.iQuantity>>
<b>Scope</b>	Ambito	<<CaseVOBAut.nvchScope>>
<b>Instructions</b>	Istruzioni	<<CaseCSLMasterQuestionID.7FE0E8E2B-0B01-467D-9553-3E26886C2834>>

**Inclusions ~ Inclusioni:**

Oltre alle informazioni mediche rievute, International SOS autorizza tutte le spese mediche ragionevoli, abituali e necessarie nell'ambito dell'autorizzazione approvata. Stanza solo semi-privata.

**Medical Report ~ Referto medico:**

Siete pregati di inviare un referto medico scritto e una lettera di dimissione al destinatario indicato di seguito dopo questo episodio di cura/procedura:

<<CaseVerification.nvchReferringOffice>>, Fax: <<CaseVerification.nvchEFaxMTF>>  
 <<CaseVerification.nvchReferringOfficeAddress>>

**Important ~ Important:**

Viene emessa un'autorizzazione per i servizi, le procedure o i ricoveri richiesti che necessitano di revisione della necessità medica prima della fornitura dei servizi stessi. I termini della presente autorizzazione sono validi solo per lo specifico fornitore di servizi / gruppo di fornitori sopraindicato e per il presente caso di servizio richiesto.

**Billing Instructions ~ Istruzioni di fatturazione:**

Se il beneficiario ha "un'altra" copertura assicurativa in aggiunta a TRICARE, "quest'altra" copertura assicurativa è quella che risulta essere Primaria. Tutte le fatture di debito devono essere inviate entro 30 mesi di calendario dalla data di servizio allo scopo di evitare un mancato pagamento. La fattura debitamente compilata, unitamente al modulo di rimborso relativo e redatto in tutte le sue parti, dovranno essere inviati al seguente indirizzo:

<<CaseVerification.nvchWP3MailingAddress1>>  
 <<CaseVerification.nvchWP3MailingAddress2>>  
 <<CaseVerification.nvchWP3MailingAddress3>>

Per le condizioni ed i termini completi relativamente a questa Lettera di Autorizzazione, Vi preghiamo di fare riferimento al sito [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com). Alternativamente, potete contattare il nostro ufficio per ricevere una copia delle condizioni suddette.

Cordiali saluti

<<CaseVOBAut.nvchInscriby>>  
 Reparto TRICARE

Le informazioni contenute in questa corrispondenza possono essere soggette alla Legge sulla privacy del 1974 (5 U.S.C. 552a). Le informazioni personali contenute nella presente corrispondenza possono essere utilizzate solo da persone autorizzate nello svolgimento di attività ufficiali. Qualsiasi divulgazione non autorizzata o uso improprio delle informazioni personali potrebbe essere punito con sanzioni penali e/o civili. Se non siete i destinatari previsti della presente corrispondenza vi preghiamo di distruggere tutte le copie di questa corrispondenza dopo aver notificato al mittente di averla ricevuta.

<<CaseVerification.nvchIntSOSName>>, Reparto TRICARE  
 <<CaseVerification.nvchIntSOSAddress>>  
 Linea telefonica per emergenze 24 ore su 24 <<CaseVerification.nvchIntSOSTricareTel>> Fax: <<CaseVerification.nvchIntSOSTricareFax>>  
 Email: <<CaseVerification.nvchIntSOSTricareEmail>>

### Appendice 3

## Procedure di fatturazione TRICARE – Processo autorizzazione TOP

### 1. Presentazione di richieste TRICARE ad INTL.SOS

- a. Informazioni da fornire obbligatoriamente in caso di presentazione di una richiesta:
- i. Modulo di richiesta del Governo degli USA compilato con il numero di riferimento del Modulo di pre-autorizzazione di TRICARE
  - ii. Fattura dettagliata (necessaria nel caso in cui i codici di trattamento non siano completati dal Fornitore di servizi sanitari nel Modulo di richiesta)  
(di seguito denominati collettivamente "Informazioni obbligatorie")
- a. Le richieste possono essere trasmesse via posta (corriere tradizionale) o inviate elettronicamente attraverso il sito [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com)
- i. Trasmissione elettronica di richieste – È possibile trasmettere richieste elettroniche:
    1. Inviando moduli scannerizzati e richieste via e-mail sicura tramite [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com)
    2. Inviando richieste elettroniche online tramite [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com)
    3. Inviando richieste elettroniche usando un programma software EDI fornito dal fornitore o un servizio di fatturazione o di compensazione

Qualora si scelga l'Opzione 2 o 3 per l'invio elettronico di richieste, i Fornitori di servizi sanitari devono completare e firmare il "Modulo di invio elettronico di richieste TRICARE" (Appendice 5 - Opzionale). Il Fornitore di servizi sanitari accetta che ciascuna delle richieste inviate con sistemi elettronici saranno considerate, per scopi legali e altro, firmate dal Fornitore di servizi sanitari o dal rappresentante autorizzato del Fornitore di servizi sanitari.

- ii. Trasmissione moduli di rimborso TRICARE tramite fax – È possibile inviare tali documenti e relativa documentazione di supporto al numero + 1 608-301-2251
- iii. Trasmissione via posta ordinaria o corriere tradizionale – Per Membri in servizio militare: inviare i moduli e i documenti di accompagnamento necessari a:

TRICARE Overseas Program  
International SOS  
P.O.Box 7968  
Madison, WI 537087-7968

Per Membri familiari di individui in servizio militare: inviare i moduli e i documenti di accompagnamento necessari a:

TRICARE Overseas Program  
International SOS  
P.O.Box 8976  
Madison, WI 53707-8976

- b. Le richieste incomplete o illeggibili saranno ritrasmesse al Fornitore di servizi sanitari
- c. Il Fornitore di servizi sanitari può controllare lo stato di una richiesta:
  - i. effettuando l'accesso al all'indirizzo [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com) per inviare in modo sicuro e-mail e allegati al nostro team di

elaborazione delle richieste (al momento del primo utilizzo del sito il Fornitore di servizi sanitari è tenuto a effettuare la registrazione sul sito).

- ii. richiedendo tali informazioni via posta ordinaria a TRICARE Overseas Program Claims, P.O. Box 7992, Madison, WI 53707-7992
  - iii. Contattando il dipartimento richieste al numero+44 20 8762 8384
- d. Le richieste presentate dovranno essere conformi ai Requisiti per il pagamento illustrati di seguito.

## 2. Pagamento dei Fornitori di servizi sanitari

- a. I Fornitori di servizi sanitari riceveranno i pagamenti relativi ai Servizi autorizzati erogati nei termini di pagamento stabiliti, come dettagliato all'interno del presente Protocollo di mutua collaborazione.
- b. La mancata trasmissione delle Informazioni obbligatorie da parte del Fornitore di servizi sanitari a INTL.SOS può causare ritardi nei pagamenti.
- c. Le pre-autorizzazioni (rilasciate trasmettendo un 'Modulo di pre-autorizzazione TRICARE') sono basate su necessità mediche: Il pagamento non è garantito. Possono essere applicate delle penali sul Fornitore quando un fornitore TRICARE non ottiene una pre-autorizzazione od oltrepassa gli scopi previsti per una referenza/autorizzazione approvata.
- d. INTL.SOS non sarà responsabile del pagamento dei Fornitori di servizi sanitari, con riferimento ai servizi indicati al paragrafo 5 successivo (Servizi non contemplati dal programma TRICARE).

## 3. Requisiti per il pagamento

- a. **Fatturazione delle prestazioni sanitarie** – Il paziente non dovrà in alcun caso ricevere alcuna fattura o sostenere alcuna spesa relativa ai servizi autorizzati o contemplati dal programma TRICARE.
- b. **Termine di presentazione delle richieste relative ai Servizi** - INTL. SOS si riserva il diritto di respingere le richieste ricevute dopo 36 mesi dalla data di erogazione delle prestazioni sanitarie da parte del Fornitore di servizi sanitari, a meno che il Fornitore di servizi sanitari non fornisca una spiegazione ritenuta accettabile da INTL.SOS. Qualora la richiesta venga respinta, INTL.SOS sarà completamente esentato dagli obblighi di pagamento relativi alla richiesta, le cui spese saranno interamente sostenute dal Fornitore di servizi sanitari.
- c. **Documentazione medica**-- La documentazione medica è spesso richiesta al fine di determinare potenzialmente o in retrospettiva se il rimborso medico è supportato da necessità medica e, se la qualità di cura medica fornita avvalorava i servizi resi e, identifica pratiche culturali che possono o non possono essere qualificate come servizi medici coperti dal Programma TRICARE. Come Fornitore TRICARE viene espressamente chiesto di sottoporre la documentazione medica dietro richiesta e senza spese aggiuntive. Tutte le richieste di documentazione medica saranno ragionevoli e unicamente dettate dalle ragioni sopra indicate.
- d. **Altra polizza sanitaria (OHI)** - TRICARE può effettuare pagamenti dopo che le altre compagnie assicurative con le quali il paziente ha stipulato altre polizze sanitarie hanno corrisposto la loro quota. Per i Servizi pre-autorizzati (Autorizzazione TRICARE), il Fornitore di servizi sanitari sarà avvertito in caso di esistenza di un'altra polizza sanitaria (OHI). Tuttavia, a causa di modifiche iniziate dal beneficiario dopo l'emissione dell'Autorizzazione, lo status dell'altra polizza sanitaria (OHI) potrebbe cambiare. Pertanto, per quanto riguarda le richieste di servizio medico senza anticipo, il Fornitore di servizi sanitari dovrà chiedere al beneficiario se dispone di un'altra polizza sanitaria. Il Fornitore di servizi sanitari potrà scegliere fra le seguenti opzioni:

- i. Le spese relative alla richiesta saranno interamente sostenute dal paziente
- ii. Il Fornitore di servizi sanitari presenterà richiesta di rimborso alla compagnia assicurativa; una volta ricevuto l'indennizzo, il Fornitore di servizi sanitari presenterà il pagamento relativo alla richiesta a INTL.SOS. Per permettere a INTL.SOS di elaborare la richiesta, il fornitore dovrà fornire una Descrizione dei benefit offerti dalla compagnia assicurativa. Le richieste saranno nuovamente inoltrate al Fornitore di servizi sanitari qualora il paziente disponga di un'altra polizza sanitaria e non sia stata presentata una Descrizione dei benefit offerti dalla compagnia assicurativa.

#### 4. Archiviazione della firma del fornitore

- a. Si richiede una firma del fornitore, o un facsimile accettabile, per ogni richiesta partecipante al programma TRICARE Overseas per la certificazione dei servizi erogati.
- b. Firmando il presente accordo, il Fornitore di servizi sanitari autorizza INTL.SOS all'accettazione della firma per il pagamento dei servizi erogati, inviata per ogni richiesta come previsto dal presente accordo.
- c. La firma del Fornitore di servizi sanitari indica la sottoscrizione dell'accordo del Fornitore dei servizi di fornitura con tassi di rimborso alle condizioni indicate da TRICARE o nel tariffario incluso nel presente accordo e delle parti rimanenti del certificato come appaiono sui modelli di richiesta al Fornitore TRICARE Overseas.

#### 5. Esclusioni - Servizi non contemplati da TRICARE

L'elenco delle prestazioni non coperte non è esaustivo; l'elenco più aggiornato può essere incontrato al link:

<http://www.tricare.mil/CoveredServices/IsItCovered/Exclusions.aspx>

- a. Aborto (fatta eccezione per i casi documentati di rischio di decesso della paziente).
- b. Agopuntura.
- c. Inseminazione artificiale o altri interventi di fecondazione assistita, fra cui fecondazione in vitro o trasferimento intra-tubarico di gameti.
- d. Autopsia o altre prestazioni post mortem.
- e. Terapie contraccettive che non necessitano di prescrizione medica.
- f. Trapianto di midollo osseo per il trattamento del tumore alle ovaie.
- g. Soggiorni in strutture specializzate (per pazienti diabetici o obesi).
- h. Cure o trattamenti forniti da o prescritti da un familiare stretto del paziente.
- i. Chiroterapia e naturopatia
- j. Sindrome da affaticamento cronico. Sono esclusivamente contemplati i trattamenti mirati ad alleviare i sintomi individuali, fra cui la prescrizione di farmaci per il mal di testa o i dolori muscolari.
- k. Interventi di chirurgia cosmetica, plastica o ricostruttiva.
- l. Servizi di consulenza. Consulenza nutrizionale, consulenza ed autoaiuto per pazienti diabetici, programmi di formazione per pazienti diabetici, corsi per la gestione dello stress e la modifica dello stile di vita, consulenza matrimoniale.
- m. Terapia assistita presso una struttura sanitaria o a domicilio. Eccezioni: servizi infermieristici specializzati di durata limitata (un'ora al giorno), medicinali prescritti e un numero massimo di 12 visite mediche per anno solare. Le cure necessarie dal punto di vista clinico ai pazienti ricoverati presso una struttura sanitaria sono contemplate dal programma.
- n. Terapie di rieducazione o riabilitazione, fatta eccezione per le terapie previste dal programma per pazienti disabili (Program for Person with Disabilities).
- o. Elettrolisi.
- p. Procedure sperimentali.
- q. Occhiali da vista e lenti a contatto, fatta eccezione per circostanze alquanto limitate, fra cui interventi di rimozione di lenti a contatto corneali.
- r. Alimenti, alimenti sostitutivi, integratori o vitamine non somministrati all'interno di una struttura ospedaliera, fatta eccezione per le terapie di nutrizione a domicilio, come quelle prescritte ai pazienti affetti da tumore.

- s. Trattamenti podologici, fatta eccezione per i casi in cui esiste un problema clinico o una lesione.
- t. Test genetici non prescritti da un medico e in altre determinate circostanze.
- u. Apparecchi acustici, fatta eccezione per gli apparecchi previsti dal programma per pazienti disabili (Program for Person with Disabilities).
- v. Esami diagnostici dell'udito, fatta eccezione per gli esami condotti in seguito ad interventi chirurgici o problemi di natura clinica.
- w. Immunizzazione (vaccinazione) dei bambini dai 6 anni in su, se non in relazione a programmi di prevenzione; pap test e mammografie effettuati a scopo diagnostico o preventivo.
- x. Disturbi dell'apprendimento (es. dislessia).
- y. Terapia psichiatrica megavitaminica o ortomolecolare.
- z. Espansione della mente o psicoterapia elettiva.
- aa. Calzature ortopediche e plantari anatomici, se non facenti parte di un dispositivo ortopedico.
- bb. Farmaci da banco.
- cc. Stanze private all'interno di strutture ospedaliere.
- dd. Terapia del riposo.
- ee. Soggiorni in casa di riposo.
- ff. Corsi di rilassamento e autoaiuto.
- gg. Interventi di rettificazione del sesso.
- hh. Logopedia, se non associata a un determinato disturbo o trauma.
- ii. Trattamento di disturbi della sfera sessuale.
- jj. Interventi di rettificazione della sterilizzazione chirurgica.
- kk. Servizi di consulenza telefonica.
- ll. Prodotti o servizi per la perdita o il controllo del peso.
- mm. Indennizzi ai lavoratori.

#### 6. Tenuta di prescrizioni/indenni (Pagamento di servizi non coperti)

Il Fornitore di servizi sanitari non può richiedere un pagamento da un paziente per nessun servizio che rientra nelle esclusioni o che risulta senza copertura, ricevuto appunto da un Fornitore di servizi sanitari. I pazienti sono da considerare indenni in tutti i casi, ad eccezione dei casi qui di seguito indicati.

Il Fornitore di servizi sanitari può fatturare il paziente come segue:

- a. se il paziente non ha informazioni dal Fornitore di servizi sanitari che egli / essa è un Beneficiario TRICARE;
- b. se il paziente era stato informato che i servizi erano esclusi o escludibili, ed egli / essa ha concordato preventivamente di pagare per tali servizi. Un accordo di pagamento deve essere garantito da un documento scritto.
  - i. Annotazioni scritte prima di ricevere i servizi / prestazioni dimostranti che il paziente era stato informato che tali servizi erano esclusi oppure non coperti, ed il paziente ha concordato di pagare per quest'ultimi.
  - ii. Una dichiarazione oppure un documento scritto dal paziente prima di ricevere i servizi, riconoscendo che i servizi erano esclusi o non coperti, e d'accordo nel rimborsarne il costo.
  - iii. Dichiarazioni scritte da entrambi il Fornitore e il paziente di servizi sanitari del paziente successivamente al ricevimento dei servizi, che il Beneficiario, prima di ricevere tali servizi, ha accettato di pagare per i tali, essendo a conoscenza che tali servizi erano esclusi o non coperti.

Accordi generali di pagamento, come quelli firmati dal paziente al momento dell'ammissione, non provano evidenza che il paziente fosse a conoscenza preventiva che tali servizi fossero esclusi o non coperti.

### Appendice 4

#### Informazioni sulla struttura di erogazione dei servizi sanitari – Modulo per fornitore istituzionale

**Nota** – Il fornitore istituzionale esegue procedure chirurgiche sotto anestesia generale e / o può ricoverare pazienti, ad esempio per studi sul sonno.

Dettagli e preferenze di fatturazione:			
Nome dell'istituzione ARNAS Garibaldi		TEPRV (ID fornitore) ITAC00090ITA 0000	SPIN ID (per scopi amministrativi) 76925
Indirizzo fisico		Città	
Nazione	CAP	Indirizzo e-mail	
Recapito telefonico per appuntamenti		Recapito telefonico del personale medico	
Recapito telefonico fuori orario di ricevimento		Fax	

Indirizzo di fatturazione	Città
Nazione	CAP
Indicare il metodo di pagamento preferito (spuntarne uno):	
<input type="checkbox"/> Assegno in valuta locale Indicare l'intestatario dell'assegno: _____	
<input type="checkbox"/> Assegno in dollari USA Indicare l'intestatario dell'assegno: _____	
<input type="checkbox"/> Trasferimento fondi elettronico - Completare Appendice 6a (Modulo trasferimento fondi elettronico)	

Utilizzo di un'agenzia di fatturazione per l'invio di richieste TRICARE:			
Sì / No[Se sì, completare la tabella seguente]			
Nome agenzia di fatturazione		Indirizzo agenzia di fatturazione:	
Città	Nazione	CAP	Recapito telefonico
Indicare se l'agenzia di fatturazione richiede pagamenti attraverso bonifico (trasferimento fondi elettronico):		Se sì richiedere all'agenzia di fatturazione di completare Appendice 6b (Agenzia di fatturazione – Modulo trasferimento fondi elettronico)	
Sì/No			

Preferenze sulla compilazione delle richieste:	
<i>Spuntare le proprie preferenze relative all'invio di richieste TOP - vedere Appendice 3 Istruzioni di fatturazione per ulteriori informazioni. Il Dirigente di Rete fornirà supporto provvedendo gli strumenti necessari per l'invio di richieste in base alle preferenze indicate.</i>	
<input type="checkbox"/> Indirizzo <input type="checkbox"/> Fax (numero internazionale)	<input type="checkbox"/> E-mail sicura (occorrerà effettuare una registrazione online) <input type="checkbox"/> Scambio di dati elettronici (completare e inviare Appendice 5 - Modulo EDI)

Orari abituali di erogazione dei servizi			
Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì
Venerdì	Sabato	Domenica	
<b>Servizi di emergenza 24 ore su 24?</b> Sì/No			
Indicare eventuali orari di attività serali o nel fine settimana, o indicazioni relative ai servizi di emergenza:			

--

## Appendice 5

### Trasmissione di moduli di richiesta TRICARE in modalità elettronica

Un'organizzazione composta da più Fornitori di servizi sanitari potrà presentare un unico modulo, a nome di tutti i Fornitori. Il modulo potrà essere firmato da un unico soggetto autorizzato, a nome della struttura o delle strutture sanitarie. Sarà tuttavia necessario allegare al modulo un elenco completo di tutte le sedi e dei Fornitori per i quali saranno emesse fatture.

Nome della struttura sanitaria: \_\_\_\_\_

ID fornitore assegnato da TRICARE: \_\_\_\_\_

Codice NPI del Fornitore (se pertinente -- solo per il territorio degli Stati Uniti): \_\_\_\_\_

Tipo di richiesta (selezionare una o più opzioni):  Fornitore istituzionale (ospedale o struttura di chirurgia ambulatoriale diurna)

Studio medico individuale o poliambulatorio

Studio medico individuale o poliambulatorio

Inviare Appendice 4 fornendo informazioni sulla sede di erogazione dei servizi sanitari.

Indicare l'opzione di trasmissione EDI prescelta:

1. Trasmissione della richiesta online dal sito [www.tricare-overseas.com](http://www.tricare-overseas.com)
2. Trasmissione delle richieste elettronica mediante software EDI del fornitore  
Nome del fornitore (se pertinente) \_\_\_\_\_
3. Trasmissione delle richieste in modalità elettronica mediante software PC-ACE fornito da WPS
4. Servizio di liquidazione delle rimanenze o delle fatture  
Nome del servizio di liquidazione delle fatture / delle rimanenze (se pertinente) \_\_\_\_\_

1. In caso di selezione delle opzioni 2, 3 o 4 indicate sopra, il Fornitore di servizi sanitari si impegna a rispettare le specifiche richieste dalla versione più aggiornata delle norme HIPAA in materia di transazioni, nonché di utilizzare i relativi codici.
2. Per quanto riguarda le transazioni relative a richieste, il Fornitore di servizi sanitari accetta che le richieste trasmesse in modalità elettronica siano considerate come firmate dal Fornitore di servizi sanitari o da un proprio rappresentante autorizzato, ai fini legali e per eventuali altri scopi.
3. Per quanto riguarda le transazioni relative a richieste, il Fornitore di servizi sanitari si impegna a tenere un registro delle firme dei pazienti. Il Fornitore di servizi sanitari autorizza INTL.SOS alla validazione delle richieste trasmesse in modalità elettronica attraverso procedure di audit dei registri, nell'ambito del sistema di controllo qualità di INTL.SOS. Il Fornitore di servizi sanitari riconosce che, in assenza di autorizzazione firmata, sarà necessario ottenere un'autorizzazione dal paziente prima della trasmissione della relativa richiesta ad INTL.SOS.
4. Il Fornitore di servizi sanitari riconosce che INTL.SOS non ha alcun obbligo relativo alla verifica, al controllo o a qualsiasi tipo di ispezione delle informazioni incluse nelle richieste emesse dal Fornitore di servizi sanitari stesso. Il Fornitore di servizi sanitari riconosce inoltre che INTL.SOS ha la responsabilità esclusiva di verificare la completezza, la precisione e l'attendibilità delle informazioni e delle richieste trasmesse; il Fornitore di servizi sanitari sarà esclusivamente responsabile della documentazione fonte delle informazioni inserite all'interno delle richieste trasmesse.
5. INTL.SOS potrà apportare modifiche alla procedura di gestione delle transazioni, come stabilito nella X12 ASC Implementation Guide o nella WPS-TRICARE Companion Guide. Il Fornitore di servizi sanitari dichiara inoltre di essere a conoscenza del fatto che INTL.SOS accetterà soltanto le transazioni corrispondenti ai requisiti modificati, restituendo le richieste errate affinché possano essere debitamente corrette.

## Appendice 6a

### Richiesta di pagamento via trasferimento fondi elettronico

Qualora si preveda la ricezione diretta di tutti i pagamenti, indicare i dettagli relativi alla propria banca.  
Qualora si elaborino tutte le fatture attraverso una agenzia di fatturazione o un'entità corporativa, si prega di inviare i relativi dettagli bancari e un elenco dei fornitori da fatturare attraverso tale banca.

#### INFORMAZIONI SUL FORNITORE

Si utilizza un'agenzia di fatturazione? Sì / No (In caso di risposta positiva, richiedere alla propria agenzia di fatturazione di completare il Modulo trasferimento fondi elettronico per agenzie di fatturazione)

Numero ID TRICARE	_____	Nome del fornitore	_____
Città	_____	Stato	_____
Nazione	_____	CAP	_____

#### DETTAGLI BANCARI:

Si prega di fornire dettagli sul titolare del conto – incluso l'indirizzo

Nome del titolare del conto	_____	Numero di telefono	_____
Indirizzo	_____		_____
Nazione	_____	CAP	_____
Nome della banca	_____		_____
Codice ID della banca (SWIFT, FED, ABA, ecc.)	_____	Codice IBAN completo	_____
Indirizzo della banca	_____	Città della banca	_____
Stato/Nazione della banca	_____	CAP della banca	_____

#### DETTAGLI SULLA BANCA INTERMEDIARIA:

Si prega di fornire dettagli sul titolare del conto – incluso l'indirizzo

Nome banca intermediaria	_____	Numero di telefono	_____
Indirizzo	_____	Città	_____
Stato/Nazione	_____	CAP	_____
Codice SWIFT della banca	_____		_____

**INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO:** Bonifico \_\_\_\_\_ (specificare la valuta)

#### Autorizzazione (firmare e specificare la data)

\_\_\_\_\_ (titolare del conto bancario) autorizza International SOS e/o i suoi Agenti incaricati ad effettuare pagamenti relativi a qualsiasi benefit pagabile a noi accreditando tali pagamento al mio conto presso la banca o l'istituto finanziario indicato sopra. Convegno di notificare per iscritto qualsiasi cambiamento relativo alle informazioni fornite su questo modulo o il ritiro di questa autorizzazione.

Convegno di rimborsare immediatamente l'intero ammontare dei pagamenti immotivati, depositati sul mio conto per qualsiasi motivo. Convegno inoltre che qualora tali pagamenti immotivati non siano immediatamente rimborsati i costi del recupero saranno interamente a mio carico. Questi costi includono spese legali ragionevoli sostenute da International SOS e/o dagli Agenti incaricati per il recupero di tali pagamenti.

Qualora siano versati sul mio conto pagamenti di benefit esagerati, convengo che International SOS possa indebitare il mio conto per rimediare tali pagamenti esagerati, senza ulteriori autorizzazioni da parte del sottoscritto.

Tutte le spese bancarie a carico della nostra organizzazione rientrano nelle nostre responsabilità.

Firma \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome dell'organizzazione \_\_\_\_\_

Inviare via e-mail questo modulo a: Europa, Medio Oriente e Africa providerseurasiaafrica@internationalsos.com  
 Asia Pacifica providersasiapacific@internationalsos.com  
 America Latina e Canada providerlatinamerica@internationalsos.com  
 Porto Rico provider.inquiries.PR@internationalsos.com

## Appendice 6b

### Agenzia di fatturazione - Richiesta di pagamento via trasferimento fondi elettronico

Qualora si utilizzino i servizi di un'agenzia di fatturazione per l'invio di richieste a proprio nome per richieste del beneficiario TOP, si prega di richiedere alla propria agenzia di fatturazione la compilazione e la restituzione del presente modulo contestualmente al protocollo di mutua cooperazione.

#### INFORMAZIONI RELATIVE ALL'AGENZIA DI FATTURAZIONE:

Numero ID TRICARE	_____	Nome agenzia di fatturazione	_____
Città	_____	Stato	_____
Nazione	_____	CAP	_____

#### DETTAGLI BANCARI:

Si prega di fornire dettagli sul Titolare del conto – incluso l'indirizzo

Nome del titolare del conto	_____	Numero di telefono	_____
Indirizzo	_____		
Nazione	_____	CAP	_____
Nome della banca	_____		
Codice ID della banca (Swift, FED, ABA, ecc.)	_____	Codice IBAN completo	_____
Indirizzo della banca	_____	Città della banca	_____
Stato/Nazione della banca	_____	CAP banca	_____

#### DETTAGLI SULLA BANCA INTERMEDIARIA:

Si prega di fornire dettagli sul Titolare del conto – incluso l'indirizzo

Nome banca intermediaria	_____	Numero di telefono	_____
Indirizzo	_____		
Stato/Nazione	_____	CAP	_____
Codice SWIFT della banca	_____		

**INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO:** Bonifico \_\_\_\_\_ (specificare la valuta)

#### Autorizzazione (firmare e specificare la data)

\_\_\_\_\_ (titolare del conto bancario) autorizza International SOS e/o i suoi Agenti incaricati ad effettuare pagamenti relativi a qualsiasi benefit pagabile a noi accreditando tali pagamento al mio conto presso la banca o l'istituto finanziario indicato sopra. Convegno di notificare per iscritto qualsiasi cambiamento relativo alle informazioni fornite su questo modulo o il ritiro di questa autorizzazione.

Convegno di rimborsare immediatamente l'intero ammontare dei pagamenti immeritati, depositati sul mio conto per qualsiasi motivo. Convegno inoltre che qualora tali pagamenti immeritati non siano immediatamente rimborsati i costi del recupero saranno interamente a mio carico. Questi costi includono spese legali ragionevoli sostenute da International SOS e/o dagli Agenti incaricati per il recupero di tali pagamenti.

Qualora siano versati sul mio conto pagamenti di benefit esagerati, convegno che International SOS possa indebitare il mio conto per rimediare tali pagamenti esagerati, senza ulteriori autorizzazioni da parte del sottoscritto.

Tutte le spese bancarie a carico della nostra organizzazione rientrano nelle nostre responsabilità.

Firma	_____	Titolo	_____	Data	_____
-------	-------	--------	-------	------	-------

Nome dell'organizzazione \_\_\_\_\_

Inviare via e-mail questo modulo a:	Europa, Medio Oriente e Africa	providerseurasiaafrica@internationalsos.com
Asia Pacifica	providersasiapacific@internationalsos.com	
America Latina e Canada	providerslatinamerica@internationalsos.com	
Porto Rico	provider.inquiries.PR@internationalsos.com	

**Appendice 7**  
**Tariffari**