

Copertura sanitaria di categoria della Cassa Nazionale del Notariato

offerta dalla Compagnie REALE MUTUA e POSTE ASSICURA attraverso la Cassa Sanitaria PREVINT e la
CENTRALE OPERATIVA DI BLUE ASSISTANCE

Triennio assicurativo 01.11.2022-31.10.2025

Saranno nuovamente le Compagnie **Reale Mutua Assicurazioni e Poste Assicura S.p.A.**, aggiudicatrici della procedura di gara comunitaria per l'affidamento del servizio di copertura sanitaria triennale, a gestire i piani sanitari di categoria per il triennio 2022/2025 **in continuità con i precedenti**.

I piani sanitari si articolano, come per il precedente triennio, in una **copertura sanitaria collettiva Base, automatica e gratuita a favore dei soli iscritti e dei pensionati** (anche di reversibilità e indirette) con esclusione dei familiari per i Grandi Interventi Chirurgici (cosiddetti **GIC**), i Gravi Eventi Morbosi (cosiddetti **GEM**), la Non Autosufficienza, le Cure Oncologiche e di Follow up, le Prestazioni Extraospedaliere di alta diagnostica e di Prevenzione e in una **copertura sanitaria Integrativa ad adesione e con contributo a carico del titolare** (e possibilità di estensione ai familiari) che completa le prestazioni base con prestazioni aggiuntive per Ricovero Medico e Chirurgico, per Parto naturale o cesareo, per Visite Specialistiche, Diagnostica e Fisioterapia, per Pacchetto Maternità, per Protesi Ortopediche ed Apparecchi Acustici ed, infine, per Cure Odontoiatriche in convenzione.

Il piano sanitario base, nella sezione relativa ai Ricoveri, copre solo quelli conseguenti a **GIC** e **GEM** elencati nel contratto; aderendo al piano sanitario integrativo la copertura **si estende a tutti gli ulteriori ricoveri**, day hospital e interventi ambulatoriali conseguenti a malattia o infortunio che non siano ricompresi nell'elenco dei GIC e dei GEM.

L'adesione al piano sanitario **integrativo è valida per tre anni** senza che occorra rinnovarla annualmente e può essere formalizzata entro tre mesi dalla decorrenza della copertura tramite la compilazione di un **modello editabile on line** disponibile sul sito www.cassanotariato.it (v. istruzioni in ultima pagina).

Per tutti gli assistiti (titolari e beneficiari) che abbiano aderito al piano sanitario integrativo con Reale Mutua nel triennio 2019-2022 la copertura integrativa opera **senza soluzione di continuità**. Per i nuovi aderenti ha efficacia per le spese effettuate successivamente alla data di adesione a seguito di malattie, anche pregresse, e di infortuni occorsi successivamente alla data di adesione.

Il costo annuale del piano sanitario integrativo è di **€ 1.290,41 per la formula integrativa "single"** (adesione integrativa del titolare senza estensione ai familiari), di **€ 2.218,55 per la formula integrativa "family"**



CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO

(adesione integrativa dell'intero nucleo familiare ed estensione ai familiari del piano base) e di **€ 1.020,21 per ogni figlio di età superiore ai 30 anni** convivente non fiscalmente a carico.

Il piano integrativo si può pagare **esclusivamente con disposizione di addebito**:

→ su **carta di credito** in un'unica rata annuale

→ su conto corrente tramite disposizione di **addebito SDD** in un'unica rata annuale o in 4 rate trimestrali

Formula integrativa	Contributo assicurativo annuale	importo della rata trimestrale
formula "single"	1.290,41 €	322,60 €
formula "family"	2.218,55 €	554,64 €
Figlio ultra 30 *	1.020,21 €	255,05 €

*convivente ma non fiscalmente a carico

SINTESI DELLE GARANZIE DEL PIANO SANITARIO BASE

Automatico e gratuito per notai in esercizio e titolari di pensione (notai, vedove, familiari).
Viene esteso al nucleo familiare aderendo al piano integrativo.

Ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC) e per Grave Evento Morboso (GEM): con un massimale di **€ 400.000** sono coperte le spese connesse al ricovero e al day hospital nella misura del **100%** in caso di struttura e medico entrambi convenzionati e del **90%** in caso di utilizzo di strutture private non convenzionate con modalità "a rimborso". In caso di GEM sono coperte anche le spese per trattamenti medici domiciliari.

Indennità sostitutiva per GIC o GEM: in caso di ricovero a carico del SSN qualora non venga presentata richiesta di rimborso a carico della polizza, potrà essere erogata un'indennità di **€ 155 al giorno** a partire dal terzo entro il limite massimo di **180 giorni** per ciascun anno assicurativo.

Medicina preventiva: con un plafond annuale di **€ 1.000** a rimborso integrale sono coperte prestazioni in parte diversificate a seconda dei sessi (donne visita ginecologica, pap test, HPV Dna, eco mammaria e mammografia, visita senologica, moc, eco addome, eco pelvica e transvaginale; uomini visita urologica, eco addome in toto, eco transrettale e delle vie urinarie, esami citologici delle urine, PSA e PSAF) ed in parte comuni ad entrambi (visita dermatologica con mappature dei nei; sangue occulto, pacchetto di analisi di laboratorio generico, visita cardiologica con ECG, ECG sotto sforzo, colonscopia, RX torace). **Dal 01/11/2022 è stato aggiunto in copertura l'esame "ecodoppler TSA" per entrambi i sessi.** Alcune prestazioni sono fruibili esclusivamente in rete in tutti gli altri casi la copertura è integrale anche nel fuori rete.

Prestazioni Extraospedaliere di alta diagnostica: con un plafond di **€ 15.000** per annualità assicurativa sono coperte un nutrito elenco di accertamenti ambulatoriali di alta specializzazione anche non connessi a GIC o GEM. Le franchigie sono diversificate tra rete e fuori rete e tra attivi e pensionati

Cure oncologiche e di follow-up oncologico: con un plafond annuale di € 50.000 per le cure oncologiche e di € 10.000 per il follow up oncologico sono coperte le prestazioni di cura e diagnosi riconosciute dai protocolli internazionali oncologici. La copertura si estende anche ai trattamenti domiciliari in caso di scadute condizioni cliniche del paziente.

Copertura a rimborso per non autosufficienza: con un plafond mensile di € 250 al mese sono coperte le spese connesse alla non autosufficienza degli assistiti con invalidità civile al **100% con diritto all'accompagnamento**. A titolo esemplificativo: ricoveri di lunga degenza, assistenza (badante), prestazioni infermieristiche, prestazioni fisioterapiche e riabilitativa, acquisto e noleggio di carrozzelle e ausili ortopedici, farmaci non rimborsati dal SNN, altre spese comunque connesse con lo stato di non autosufficienza,

Prestazioni di assistenza in rete per non autosufficienza: con un plafond mensile di € 500 al mese sono coperte le spese connesse alla non autosufficienza degli assistiti con invalidità civile al **100% con diritto all'accompagnamento** e con limitazione di **almeno 4 su 6 delle attività** ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, muoversi, spostarsi). A titolo esemplificativo: infermiere/ badante, riabilitazione e fisioterapia, visite specialistiche, ambulanza, prestazioni in regime di ricovero.

Indennità per grave invalidità permanente da infortunio: in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente di grado superiore al 66% è prevista l'erogazione di un indennizzo pari al **capitale assicurato di € 60.000**.

SINTESI DELLE GARANZIE DEL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

Con costo a carico dell'aderente

Estendibile nella formula "family" al nucleo familiare con automatica estensione anche del piano base

Ricovero, day hospital con o senza intervento chirurgico e intervento chirurgico ambulatoriale: con un massimale di € 200.000 sono coperte le spese connesse al ricovero, al day hospital e alla chirurgia ambulatoriale che non siano conseguenti a GIC e GEM nella misura del **100%** in caso di struttura e medico entrambi convenzionati e del **90%** in caso di utilizzo della modalità "a rimborso".

Indennità sostitutiva per ricovero o day hospital: in caso di ricovero a carico del SSN qualora non venga presentata richiesta di rimborso a carico della polizza, è prevista l'erogazione di un'indennità di € 155 al giorno (ridotta a € 77,50 in caso di day hospital) entro il **limite di 180 gg per anno assicurativo**

Ricovero per parto spontaneo o cesareo: con un massimale di € 3.000 per il ricovero per parto naturale e di € 6.000 per il ricovero per parto cesareo sono coperte tutte le spese connesse con l'evento ad esclusione di quelle effettuate per la gravidanza coperte dall'apposita garanzia.

Visite specialistiche-diagnostica corrente-prestazioni terapiche e fisioterapiche: con un plafond di € 5.000 per annualità assicurativa sono coperte le visite specialistiche (con esclusione di omeopatiche, odontoiatriche e ortodontiche), le analisi di laboratorio, gli esami, gli accertamenti diagnostici e le prestazioni terapiche e fisioterapiche con esclusione dell'agopuntura. Le franchigie sono diversificate tra rete e fuori rete e tra attivi e pensionati.

pacchetto maternità: con un plafond annuale di € 800 in assistenza indiretta e senza massimale in assistenza diretta, sono coperte prestazioni effettuate in gravidanza nel limite di 3 ecografie di controllo, 8 analisi cliniche e 4 visite ostetrico-ginecologiche.

protesi ortopediche ed apparecchi acustici: con un plafond di € 3.200 per annualità assicurativa sono coperte le spese per acquisto, noleggio e riparazione di protesi ortopediche, apparecchi e ausili acustici, apparecchi e ausili protesici sanitari. Con il sotto limite annuo di € 600 sono rimborsate anche le spese per l'acquisto, noleggio e riparazione di ausili medici e delle ortesi.

Cure odontoiatriche: sono coperte **esclusivamente in rete** le prestazioni odontoiatriche di **prevenzione** (una visita all'anno con igiene orale), **avulsione** (franchigia di € 35 per ciascuna estrazione semplice e di 120 per ciascuna estrazione complessa), **implantologia** (franchigia fissa di € 800 per impianto), pacchetto **emergenza odontoiatrica** a seguito di infortunio (rimborso integrale una volta l'anno). Dal 01/11/2022 è stata introdotta ex novo la copertura sia in rete che fuori rete degli **interventi chirurgici odontoiatrici e di implantologia** conseguenti a patologia quali cisti radicolari e follicolari, adamantinoma, ecc entro un massimale di € 5.000 e con applicazione di uno scoperto del 15%.

N.B. Per tutte le altre cure dentarie: conservative, chirurgiche, protesiche, ortognatodontiche, igiene orale (extra prevenzione odontoiatrica), paradontologiche e di diagnostica la copertura opera sotto forma di **"accesso a tariffe in convenzione"**. Ossia viene garantita agli assistiti la possibilità di godere di vantaggi economici rispetto alla spesa per le medesime prestazioni erogate privatamente dall'odontoiatra, grazie a convenzioni stipulate *ad hoc* con singoli medici odontoiatri/studi odontoiatrici, capillarmente diffusi sul territorio.

GARANZIE ACCESSORIE VALIDE PER TUTTI GLI ASSISTITI

Rientro dal ricovero di primo soccorso: nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

Viaggio di un familiare all'estero: nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assistito necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa,

tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

Pareri medici: qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Assistito, al quale quest'ultimo potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assistito).

Informazioni sulla degenza: qualora l'Assistito, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Assistito, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

Nucleo familiare coperto con la formula integrativa family:

Familiari	Copertura tramite adesione a formula "family"
Coniuge non legalmente separato - convivente more uxorio – unito civilmente	SI
Figlio fiscalmente a carico (anche non convivente)	SI
Figlio non fiscalmente a carico, convivente entro i 30 anni	SI
Figlio non convivente per il quale vi sia obbligo di mantenimento economico a seguito di separazione o divorzio	SI
Figlio del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente	SI*
Figlio non fiscalmente a carico, convivente oltre i 30 anni	NO

* è coperto se è convivente e ha meno di 30 anni. Se è convivente e ha più di 30 è soggetto al contributo indicato nella tabella seguente



Familiare fuori del nucleo	Costo copertura completa
Figlio non fiscalmente a carico, convivente oltre i 30 anni	€ 1.020,21

Numero verde e modalità telematica

Con riferimento al servizio offerto dal **numero verde gratuito 800.18.34.33** messo a disposizione degli iscritti, si segnala che il **preavviso minimo per l'attivazione della presa in carico delle prestazioni**



CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO

all'interno della rete di strutture convenzionate con la Compagnia è passato da 72 ore lavorative a **48 ore lavorative** salvo i casi di urgenza.

Limitatamente ai ricoveri, in caso di comprovata urgenza ove il preavviso non fosse possibile, l'Assistito, entro e non oltre 48 (quarantotto) ore dal ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.

L'assistito può trasmettere le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute anche on-line unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa, accedendo alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it o tramite **App**. La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale.

COME ADERIRE AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

Per aderire al piano sanitario integrativo per il triennio 2022-2025 bisogna andare sul sito www.cassanotariato.it e **compilare on line** la richiesta seguendo TUTTE le istruzioni operative.

Si precisa che l'adesione effettuata nel corso del mese di ottobre garantirà la copertura ai nuovi Piani Sanitari a **decorrere dal 01/11/2022** e, pertanto, in tale mese si potrà procedere esclusivamente con l'adesione, ma non sarà possibile richiedere l'attivazione di prestazioni/prese in carico rientranti nel nuovo periodo di copertura.

Inoltre, si informa che la **Cassa Prevint (Cassa preposta alla gestione dei premi)** procederà con gli addebiti del premio in conto corrente e renderà disponibile il circuito del pagamento tramite carta di credito **a partire dal 01/11/2022**.

Per qualsiasi informazione e/o richiesta di supporto di carattere amministrativo, rimarrà a totale disposizione degli assistiti la Centrale Operativa di Blue Assistance con il numero verde **800.183.433 (digitare tasto 3)** che fornirà, in casi strettamente necessari, un servizio di assistenza telefonica per la compilazione del modulo di adesione.

E' necessario, in tal caso, avere a portata di mano tutti i dati anagrafici propri e degli eventuali membri del nucleo familiare (nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale), un indirizzo email valido non PEC (anche appartenente ad altro familiare) e i dati relativi al codice Iban nel caso in cui si scelga come modalità di pagamento l'addebito sul conto.