

# GUIDA AI PIANI SANITARI DEDICATI ALLA CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO PER IL TRIENNIO 2016/2019

Garantiamo  
il Tuo Futuro



CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO



AssicurazioneSalute





# I PARTNER PER LA SANITÀ INTEGRATIVA



**CASSA RBM Salute** è un Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale iscritto ed autorizzato dall'Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi istituita presso il Ministero della Salute. La Cassa, che non ha fini di lucro, ha lo scopo di garantire forme integrative di assistenza per i casi di malattia e/o invalidità e/o infortunio e/o non autosufficienza e/o assistenza e/o morte (TCM) in favore dei propri Assistiti. La Cassa è costituita al fine di conseguire, nell'ambito di un sistema di mutualità, condizioni normative ed economiche di massimo favore per i propri iscritti in relazione alle prestazioni ad essi erogate mediante la stipula di apposite convenzioni - per parte o tutte le prestazioni garantite - con RBM Assicurazione Salute S.p.A. per i rami infortuni e malattia e con Compagnie di assicurazione appositamente selezionate dai propri Organi di Amministrazione per quanto attiene ai rami vita.



**RBM Assicurazione Salute S.p.A.** è la più grande Compagnia specializzata nell'assicurazione sanitaria per raccolta premi e per numero di assicurati. Si prende cura ogni giorno degli assistiti delle più Grandi Aziende Italiane, dei principali Fondi Sanitari Integrativi Contrattuali, delle Casse Assistenziali, degli Enti Pubblici, delle Casse Professionali e di tutti i Cittadini che l'hanno scelta per prendersi cura della loro salute. È la Compagnia che dispone del più ampio network di strutture sanitarie convenzionate gestito secondo gli standard della Certificazione ISO 9001 per garantire sempre ai propri assicurati cure di qualità. Con RBM Assicurazione Salute la persona è sempre al centro perché prima delle spese sanitarie la nostra mission è assicurare la Salute. È per questo che RBM Assicurazione Salute è l'unica Compagnia a garantire ai propri assicurati la possibilità di costruire un piano sanitario su misura ([www.tuttosalute.it](http://www.tuttosalute.it)) e ad investire sulla loro salute promuovendo gratuitamente visite e controlli a loro favore presso i tanti Centri Autorizzati presenti sul territorio nazionale ([www.alwaysalute.it](http://www.alwaysalute.it)).

*Nel 2016 RBM Assicurazione Salute è stata premiata per il secondo anno consecutivo come Miglior Compagnia Salute nello Sviluppo delle Polizze Malattia (IPF), come Eccellenza dell'Anno nell'Assicurazione Salute (Premio Internazionale Le Fonti) e come Miglior Campagna Prodotto (MF-Milano Finanza).*



**Previmedical S.p.A.** - Servizi per la Sanità Integrativa è il primo operatore in Italia nella gestione dei Fondi Sanitari Integrativi e delle polizze sanitarie. Attualmente gestisce oltre 3.000.000 assistiti e circa 1.900.000 prestazioni (sinistri) malattia all'anno. Previmedical dispone di un network di 97.000 strutture sanitarie e professionisti convenzionati, in grado di offrire un servizio capillare in tutte le regioni italiane. RBM Assicurazione Salute, consapevole che il servizio sia una variabile fondamentale dei piani sanitari offerti, ha identificato Previmedical S.p.A., società leader in Italia nella gestione dei sinistri malattia, come partner strategico per l'erogazione di servizi amministrativi e liquidativi per tutte le coperture sanitarie prestate in Italia con l'obiettivo di garantire ai propri clienti servizi di alta qualità e ad elevato valore aggiunto.

La partnership siglata da RBM Assicurazione Salute e Previmedical ha la finalità di:

- garantire ai propri clienti servizi di alta qualità e ad elevato valore aggiunto
- ampliare e migliorare la qualità del network di strutture sanitarie messo a disposizione dei propri assistiti
- mettere a disposizione un modello operativo innovativo che renda semplice e rapida la gestione dei sinistri.



# COPERTURA SANITARIA TRIENNALE CON CASSA RBM SALUTE IN VIGORE DALLE ORE 24.00 DEL 31/10/2016

La copertura sanitaria integrativa è costituita da un **piano sanitario base** con iscrizione **automatica e senza costi** per il solo notaio o pensionato, con esclusione del nucleo familiare ed un **piano sanitario integrativo** facoltativo e a carico dell'aderente.

## GARANZIE DI PIANI SANITARI

Prestazioni coperte dal **piano base**:

- Ricoveri/Day Hospital per grandi interventi chirurgici;
- Ricoveri per gravi eventi morbosi;
- Cure domiciliari per gravi eventi morbosi;
- Indennità sostitutiva;
- Indennità per grave invalidità permanente da infortunio;
- Cure oncologiche;
- Follow-up oncologico;
- Copertura per non autosufficienza;
- **Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica;**
- **Medicina Preventiva.**

Prestazioni coperte dal **piano integrativo (facoltativo e a carico dell'aderente)**:

- Ricoveri/Day Hospital con o senza intervento chirurgico;
- Parto spontaneo o cesareo;
- Visite specialistiche – diagnostica corrente – prestazioni terapiche e fisioterapiche;
- Protesi ortopediche e apparecchi acustici;
- **Cure odontoiatriche.**

## CONTRIBUZIONE DEL PIANO INTEGRATIVO

Per l'adesione al piano sanitario integrativo è previsto il versamento di un contributo pari a:

- **€ 880,57** per l'iscritto che scelga di assicurare solo se stesso –“*opzione single*”
- **€ 1.352,44** per iscritto che intenda assicurare se stesso unitamente al nucleo familiare –“*opzione family*”;

Tali importi rappresentano il **contributo annuo massimo** per l'adesione al “Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base” e sono suscettibili di essere scontati in funzione della numerosità degli Aderenti al Piano Sanitario Integrativo stesso. Pertanto, per la prima annualità, in previsione della potenziale scontistica di cui potrebbe giovare, **l'aderente verserà il 75% del contributo annuo massimo pari a:**

- **€ 660,43** per l'iscritto che scelga di assicurare solo se stesso –“*opzione single*”
- **€ 1.014,33** per iscritto che intenda assicurare se stesso unitamente al nucleo familiare –“*opzione family*”

Successivamente, entro il mese di gennaio 2017, verificato il numero di adesioni raggiunte, si determinerà l'importo definitivo del contributo a carico dell'aderente per ciascuna annualità (in misura comunque non superiore al predetto massimo), con conseguente versamento del residuo contributo dovuto.

Gli importi sono destinati a ridursi in percentuale a seconda del numero delle adesioni secondo la seguente tabella:

Numero aderenti	Percentuale di sconto	Importo scontato "opzione single"	Importo scontato "opzione family"
≤ 3.000	0%	€ 880,57	€ 1.352,44
3.001-4.000	3%	€ 854,15	€ 1.311,87
4.001-6.000	10%	€ 792,51	€ 1.217,20
≥ 6.000	20%	€ 704,46	€ 1.081,95

## NUCLEO FAMILIARE IN COPERTURA CON L'OPZIONE FAMILY

Con la sottoscrizione dell'“*opzione family*” si estende la copertura base al proprio nucleo familiare e si integra per tutti (iscritto e relativo nucleo familiare) le garanzie della copertura integrativa.

**Il Nucleo familiare è composto da:**

- il capo nucleo (iscritto alla Cassa del Notariato come notaio in esercizio/titolare di pensione);
- il coniuge non legalmente separato o, in alternativa, il convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere;
- i figli conviventi (senza limite di età). Sono comunque compresi i figli non conviventi purché inabili a proficuo lavoro o studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione.

## MODALITÀ DI SOTTOSCRIZIONE DEL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

Per sottoscrivere il pacchetto integrativo è sufficiente:

1. Accedere all'Area Iscritto ed ai relativi servizi online con la password già in possesso degli iscritti e seguire la procedura.
2. Compilare e spedire il modulo di adesione reperibile sul sito internet [www.cassanotariato.it](http://www.cassanotariato.it)
3. Contattare il numero verde di Cassa RBM Salute al numero verde **800.99.17.73** raggiungibile da telefono fisso e cellulare





## SINTESI DELLE PRESTAZIONI DELLA COPERTURA SANITARIA TRIENNALE CON CASSA SANITARIA RBM SALUTE 2016/2019

### PIANO SANITARIO BASE GARANZIA "A"

**MASSIMALE: € 400.000 annui**

#### GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (ELENCO I)

#### RICOVERI SENZA INTERVENTO PER GRAVI EVENTI MORBOSI

#### E GRAVI EVENTI MORBOSI CHE NECESSITANO TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE (ELENCO II)

##### Condizioni di liquidazione

**Diretta:** al 100%

**Rimborso** - *Notai in esercizio:* scoperto 10% per sinistro senza minimo  
- *Titolari di pensione:* scoperto 25% per sinistro senza minimo

**Forma Mista:** costi di struttura medesime regole previste dall'assistenza diretta  
onorari medici medesime regole previste per l'assistenza rimborsuale

**Ticket / Trattamento alberghiero all'interno dell'SSN:** : al 100%

**Pre ricovero:** 125 gg (100 gg in caso di grave evento morboso)

**Post ricovero:** 155 gg (180 gg in caso di trapianto, 120 gg in caso di grave evento morboso)

##### Condizioni di liquidazione

**Diretta:** 100%

**Rimborso:** scoperto 10%

**Ticket:** 100%

**Accompagnatore:** € 100 al giorno - massimale di 30 giorni a ricovero

**Assistenza Infermieristica Individuale:** limite annuo di € 3.900,00

#### Trasporto assicurato e accompagnatore

**Italia e stati della UE** limite di € 3.000 per ricovero

**Resto del mondo** limite di € 6.000 per ricovero

#### Acquisto, noleggio e manutenzione apparecchi protesici, terapeutici e sanitari:

limite di € 5.500 anno

**Cure palliative e terapie del dolore:** limite di € 15.000 per evento

#### Costi funerari e rimpatrio salma solo in caso di decesso all'estero:

limite di € 10.000 anno

**Indennità sostitutiva:** € 155 al giorno - massimo 180 giorni anno/assistito (franchigia 2 gg.)

€ 50 al giorno per ricoveri e Day Hospital pre e post intervento

**Pre/post:** Secondo i limiti temporali dei suindicati articoli e con l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti per i "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI"

**Ticket:** al 100%

**Indennità per grave invalidità permanente da infortunio:** in caso di invalidità permanente di grado superiore al 66%: indennizzo € 60.000

### PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE DI ALTA DIAGNOSTICA:

**MASSIMALE ANNUO: € 15.000,00**

##### Condizioni di liquidazione

**Diretta:** - Notai in esercizio: al 100%

- Titolari di pensione: franchigia di € 50,00 per prestazione

**Rimborso:** Notai in esercizio/Titolari di Pensione: franchigia € 100,00 per prestazione

**Ticket:** 100%

## MEDICINA PREVENTIVA

**MASSIMALE ANNUO : € 500,00**

**Condizioni di liquidazione:**

**Diretta / Rimborso:** 100% entro il massimale annuo

---

## CURE ONCOLOGICHE

**Prestazioni mediche ed infermieristiche, esami ed accertamenti diagnostici, cure, trattamenti e terapie comprensive di eventuale Day Hospital o ricovero:**

massimale di € 50.000 anno

**Condizioni di liquidazione:** 100% entro il limite annuo di € 50.000

in caso di esaurimento del limite massimo suindicato (€ 50.000) verranno applicati scoperti previsti per i "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI" e scoperti e franchigie del piano sanitario B qualora sottoscritto

---

## FOLLOW UP ONCOLOGICO

**Prestazioni diagnostiche previste dai protocolli di osservazione:**

limite di € 10.000 anno

**Condizioni di liquidazione:** al 100% entro il limite annuo

*N.B. Per aver diritto alla copertura è condizione essenziale esibire la tessera di esenzione rilasciata dalla A.S.L. recante il codice specifico per patologia.*

---

## COPERTURA PER NON AUTOSUFFICIENZA

Limite di € 250,00 al mese per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità della polizza

**Condizioni di liquidazione:** al 100% entro il limite mensile

*N.B: La condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente di copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di prima istanza per invalidità civile da cui risulti che l'assistito è riconosciuto invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento.*

## NOMENCLATORE “A” PIANO SANITARIO BASE

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo dell'indennizzo.

### A. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

#### A.1 Beneficiari delle Prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario sono rivolte, con esclusione del relativo Nucleo familiare, ai:

Notai in esercizio;

Titolari di pensione;

Altri titolari di pensione notarile;

Personale in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato.

#### A.2 Ambito di applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo punto A.5 “Prestazioni sanitarie garantite” del presente Piano Sanitario, è operante:

indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/i;

senza limiti di età;

senza limitazioni territoriali;

senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni sanitarie che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente Piano Sanitario. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dalla Cassa nel rispetto di quanto disposto dal presente Piano Sanitario.

#### A.3 Limite di assistenza

€ 400.000,00 per anno.

#### A.4 Scoperto

L'indennizzo delle spese di cui al successivo punto A.5 “Prestazioni Sanitarie garantite” prevede:

A.4.1 In caso di Prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di alcuno scoperto.

Parimenti non sono soggette a scoperto le spese relative alle prestazioni effettuate in assistenza diretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera f) dell'art. A.5.1 e lett. c) e d) dell'art. A.5.2) fermi restando gli specifici limiti temporali.

Sono infine rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo A.5.1, A.5.2 e 4.5.3 che prevedono specifici sottolimiti.

A.4.2 In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) o personale medico non convenzionati, le spese sostenute dall'Assistito sono rimborsate con uno scoperto pari al **10%** senza minimo per sinistro a carico dell'Assistito; nel caso di assistiti titolari di pensione viene applicato uno scoperto pari al **25%** senza minimo.

A.4.3 Le prestazioni effettuate in assistenza indiretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera f) dell'art. A.5.1 e lett. c) e d) dell'art. A.5.2), fermi restando gli specifici limiti temporali, sono rimborsate con uno scoperto del **10%** senza minimo entro il massimale annuo



autonomo di € 5.000.000,00 salvo che per i ticket che vengono comunque rimborsati al 100%.

Sono, infine, rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo A.5.1, A.5.2 e 4.5.3 che prevedono specifici sottolimiti.

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Il caso di Day hospital senza intervento chirurgico per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio, superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero. Saranno pertanto applicati gli scoperti previsti ai precedenti articoli A.4.1, A.4.2 e A.4.3.

A.4.4 In caso di prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

## A.5 Garanzie

### A.5.1 - Prestazioni Sanitarie garantite nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I, le spese per:

onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;

diritti di sala operatoria;

materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;

l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;

rette di degenza;

visite specialistiche ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **125** giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei **155** giorni successivi alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero.

In tale ambito, fermi i limiti temporali di cui sopra, si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale previsto dal piano sanitario o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto, nel limite di **180** giorni purché inerenti all'intervento effettuato;

rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di € **100** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni;

spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo massimo di € **3.900** massimo per anno;

trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € **3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed € **6.000** per ricoveri nel resto del mondo;

acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di € **5.500**, purché conseguenti a sinistro indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario verificatosi durante la validità dello stesso;

le cure palliative e la terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di € **15.000** per evento;

costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di € **10.000** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.

### **A.5.2 Gravi eventi morbosi che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico.**

Le spese riconosciute in caso di ricovero per grave evento morboso di cui all'elenco II sono: rette di degenza;

assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;

accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei **100** giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;

visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **120** giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario ed avvenuto nell'arco della validità dello stesso.

Si applicano anche le garanzie dell'art. A.5.1 ai punti h), i), j), k), l).

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, si applicano anche le garanzie di cui all'art. A.5.1.

### **A.5.3 – Gravi eventi morbosi che necessitano di trattamento medico domiciliare**

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare per grave evento morboso di cui all'elenco II sono: visite specialistiche;

esami ed accertamenti diagnostici;

terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;

spesa per prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali sostenute nei **180** giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza del presente Piano Sanitario.

Si applicano anche le garanzie dell'art. A.5.1 ai punti i), j), k), l).

### **A.5.4 – Indennità sostitutiva**

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico o di grave evento morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico presente Piano Sanitario, la Cassa corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 155** al giorno e verrà erogata, previa applicazione di una **franchigia di due giorni**, per ogni giorno di ricovero, fermo restando il limite massimo di **180** giorni per ciascun anno e per Assistito.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì prevista la copertura delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alla lettera f) dell'art. A.5.1 e lett. c) e d) dell'art. A.5.2) pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono – che verrà effettuato applicando lo scoperto di cui all'art. A.4 qualora previsto. I ticket verranno comunque rimborsati al **100%**.

La garanzia prevista dal presente articolo è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo previsto al secondo comma, per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui alla lettera f) dell'Art. A.5.1 in questo caso l'importo della diaria sarà pari ad **€ 50** per ogni giorno di ricovero/day-hospital.

### **A.5.5 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio**

In caso di infortunio che comporti all'Assistito un'invalidità permanente di grado superiore al **66%** la Cassa liquiderà un indennizzo pari ad **€ 60.000**.

La Cassa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di

preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la Cassa farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

La denuncia d'infortunio deve essere presentata entro quindici giorni dall'infortunio stesso. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali di polizza.

#### **A.5.6 – Cure oncologiche**

La Cassa rimborsa o prende in carico con il limite massimo di **€ 50.000,00** per anno, le spese sostenute per: prestazioni mediche ed infermieristiche;

esami ed accertamenti diagnostici,

cure, trattamenti e terapie (a titolo indicativo e non esaustivo: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore etc.) comprensive dell'eventuale degenza in Day Hospital o in regime di ricovero.

Tutte le prestazioni elencate devono essere prescritte da medico oncologo e sono rimborsabili anche in caso di trattamento domiciliare in presenza di scadute condizioni cliniche del paziente.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia sino alla concorrenza del limite massimo di assistenza suindicato (**€ 50.000,00** anno). Successivamente, in caso di esaurimento di detto limite massimo, saranno applicati, nell'ordine, i massimali, gli scoperti previsti dagli artt. A.1.5.1, A.1.5.2, A.1.5.3 del presente Piano Sanitario "A" e i massimali, gli scoperti e le franchigie previsti dal Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base "B" qualora sottoscritto.

#### **A.5.7 – Follow-Up Oncologico**

La Cassa rimborsa o prende in carico su prescrizione del medico oncologo le prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia fino ad un massimale di **€ 10.000,00** anno senza applicazione di franchigie o scoperti.

Con la prima richiesta di rimborso l'assistito dovrà presentare la tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie. Non sarà necessario ripresentarla con le successive richieste di rimborso.

#### **A.5.8 - Copertura per non Autosufficienza**

Qualora l'Assistito si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, la Cassa riconosce un rimborso fino ad un massimale mensile pro-capite di **€ 250,00**, per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità polizza del presente Piano Sanitario delle spese sostenute per:

ricoveri in strutture di lungo degenza;

assistenza;

prestazioni infermieristiche, fisioterapiche e riabilitative;

acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle, poltrone e letti ortopedici;

ausili e presidi sanitari;

farmaci non rimborsati dal SSN;

altre spese comunque connesse allo stato di non autosufficienza.

Ai fini della presente garanzia si considera in stato di non autosufficienza colui al quale sia stata riconosciuta, anche prima della decorrenza del presente Piano Sanitario, un'invalidità civile al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento anche se detta invalidità derivi da malattie mentali o disturbi psichici.

La condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente di copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile compilato in tutte le sue parti, dal quale risulti che l'Assistito è riconosciuto invalido civile in misura del 100% con diritto all'indennità di accompagnamento in quanto persona con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure perché persona con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Nel caso la valutazione contenga indicazioni di rivedibilità, l'Assistito dovrà presentare le successive certifi-

cazioni che accertino la permanenza dei presupposti per il mantenimento del diritto al rimborso delle spese previsto dalla presente garanzia. La mancata presentazione comporterà il venir meno del diritto al rimborso delle spese sostenute.

Il rimborso delle spese assistenziali verrà effettuato con cadenza mensile sulla base della rendicontazione delle spese sostenute nel mese di riferimento, entro il limite massimo di € 250,00. In occasione della prima richiesta di rimborso, l'Assistito dovrà altresì produrre copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile.

Per la parte eccedente il predetto massimale mensile di € 250,00 l'Assistito avrà diritto a chiedere il rimborso, ove previsto dalle precedenti garanzie.

#### A.5.9 - Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica

La Cassa, nei limiti del massimale di € 15.000,00 per anno, in caso di malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, anche in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica e/o il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

agobiopsia
amniocentesi
angiografia
artrografia
biopsia in scopia
broncografia
cateterismo cardiaco
chemioterapia
cisternografia
cistografia
cistouretrografia
clisma opaco
cobaltoterapia
colangiografia intravenosa
colangiografia percutanea (ptc)
colangiografia trans kehr
colecistografia
coronarografia
crioterapia
dacriocistografia
defecografia
discografia
dialisi
doppler
ecocardiografia
ecodoppler
ecocolordoppler
ecotomografia
elettrocardiografia
elettroencefalogramma
elettromiografia
endoscopia a scopo diagnostico o terapeutico



fistolografia
flebografia
fluorangiografia
holter
isterosalpingografia
laserterapia a scopo fisioterapico
linfografia
mammografia
mammotome
mielografia
pet
pneumoencefalografia
polipectomia
radioterapia
retinografia
risonanza magnetica nucleare (rmn
rx esofago con mezzo di contrasto
rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
rx tenue e colon con mezzo di contrasto
scialografia
scintigrafia
splenoportografia
tomografia torace, tomografia in genere
tomografia logge renali, tomoxerografia
tomografia assiale computerizzata (tac) anche virtuale
urografia
vescicoldeferentografia
videoangiografia
villocentesi
wirsunggrafia
La copertura delle predette prestazioni avviene con le seguenti modalità:
se eseguite in assistenza diretta:
Assistito in attività: nessuna franchigia a suo carico;
Titolare di pensione: applicazione di una franchigia a suo carico di € 50,00;
se eseguite in assistenza indiretta:
Assistito in attività o titolare di pensione: rimborso con franchigia a suo carico di € 100,00.
Il rimborso di eventuali ticket avviene senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

#### **A.5.10 - Medicina preventiva**

La Cassa rimborsa o prende in carico anche in assenza di prescrizione medica, con il limite di € 500,00 per anno le spese per:

**Uomini:** visite urologiche, ecografie addome in toto e/o transrettale, esami citologici delle urine, accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografie delle vie urinarie;

**Donne:** visite ginecologiche, effettuazione del PAP-test, mammografie e/o ecografie mammarie con visita senologica, ecografia addome e/o transvaginale, moc;

Per entrambi i sessi, radiografia toracica, colonscopia e visita cardiologia con ecg a riposo e/o da sforzo. Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

#### **A.6 - Garanzie escluse dal Piano Sanitario**

Il Piano Sanitario non è operante per:

eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di manifestazioni morbose derivanti e/o connesse alla malformazione o difetto fisico preesistente;

malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dal presente piano sanitario; tale esclusione, altresì, non opera limitatamente alla garanzia per non autosufficienza ove la malattia mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;

gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;

gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;

gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;

l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;

le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche; non rientrano in detta categoria e saranno pertanto garantiti, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite e gli interventi di simmetrizzazione della mammella contro laterale a seguito di interventi demolitivi, nonché gli interventi di chirurgia stomatologica dovuti a conseguenza diretta di infortunio indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.

i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.).

le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario;

le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;

le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

#### **A.7 – Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assistiti).**

##### **A.7.1 - Servizi di informazione**

Cassa RBM Salute mette a disposizione una struttura dedicata tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie previste da presente Piano Sanitario.

**Per la prestazione dei servizi di cui sopra, Cassa RBM Salute metterà a disposizione un numero verde attivo 24h su 24h, 365 giorni l'anno.**

##### **A.7.2 – Prestazioni di assistenza**

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti attraverso la Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

###### **a) 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.

**b) Informazioni telefoniche (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 )**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a: strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni; indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.); farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

**All'estero**

**c) 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.

**d) 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).

**e) 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.

**f) Trasmissione messaggio urgenti**

Qualora l'Assistito in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.



## **ELENCO I – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata una apposita Commissione Tecnica per analizzare ed eventualmente valutare la modifica e l'aggiornamento dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici indennizzabili ai sensi del presente Piano Sanitario, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

### ***A. Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiocirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.***

Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e delle loro eventuali successive sostituzioni.

### ***B. Interventi per trapianti di organo.***

Tutti.

### ***C. Interventi ortopedici per:***

impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;  
amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;  
disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;  
disarticolazione dell'anca;  
amputazione addomino-pelvica;  
reimpianto di arti staccati;

### ***D. Interventi di neurochirurgia per:***

craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale, evacuazione di ascesso intracerebrale;  
intervento per epilessia focale e callosotomia;  
intervento per encefalomeningocele;  
derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;  
intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;  
trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);  
endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;  
talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;  
cardiotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;  
neftomia retrogasseriana;  
interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;  
interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.);  
vagotomia per via toracica;  
simpaticectomia cervico-toracica, lombare;  
plastica per paralisi del nervo facciale;  
intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;  
asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;  
asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;  
trapianto di nervo;  
artrodesi vertebrale.



#### ***E. Interventi di cardiocirurgia per:***

tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);  
tutti gli interventi a cuore chiuso;  
impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

#### ***F. Interventi di chirurgia vascolare per:***

aneurismi arteriosi o arterovenosi;  
stenosi ad ostruzione arteriosa;  
disostruzione by-pass aorta addominale;  
trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;  
simpaticectomia cervico-toracica, lombare;  
by pass aortocoronarico.

#### ***G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:***

gravi e vaste mutilazioni del viso;  
plastica per paralisi del nervo facciale;  
riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;  
anchilosi temporo-mandibolare.

#### ***H. Interventi di chirurgia generale per:***

diverticolosi esofagea;  
occlusioni intestinali con o senza resezione;  
gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;  
echinococcosi epatica e/o polmonare;  
cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;  
pancreatite acuta;  
broncoscopia operativa;  
resezione epatica;  
epatico e coledocotomia;  
interventi per la ricostruzione delle vie biliari;  
interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);  
laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;  
interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;  
intervento per mega-esofago;  
resezione gastrica totale;  
resezione gastro-digiunale;  
intervento per fistola gastro-digiunocolica;  
interventi di amputazione del retto-ano;  
interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;  
drenaggio di ascesso epatico;  
interventi chirurgici per ipertensione portale;  
interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;  
papillotomia per via transduodenale;  
intervento di asportazione della milza;  
resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

#### ***I. Interventi di chirurgia urogenitale per:***

fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;  
intervento per estrofia della vescica;  
metroplastica;

nefroureterectomia radicale;  
surrenalectomia;  
interventi di cistectomia totale;  
interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;  
cistoprostatovesicolectomia;  
leocisto plastica;  
colecisto plastica;  
intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

#### ***J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:***

odontocheratoprotesi;  
timpanoplastica;  
chirurgia endoauricolare della vertigine;  
chirurgia translabyrinthica della vertigine;  
trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridociclotomia, ecc);  
chirurgia della sordità otosclerotica;  
ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi eventi finalità estetica);  
reimpianto orecchio amputato;  
ricostruzione dell'orecchio medio;  
incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

#### ***K. Interventi di chirurgia toracica per:***

pneumectomia totale o parziale;  
lobectomia polmonare;  
intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;  
interventi per fistole bronchiali;  
interventi per echinococcosi polmonare;  
resezione segmentale del polmone;  
dissezione radicale delle strutture toraciche;  
trapianto di midollo osseo.

#### ***L. Interventi di chirurgia pediatrica per:***

idrocefalo ipersecretivo;  
polmone cistico e policistico;  
atresia dell'esofago;  
fistola dell'esofago;  
atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;  
atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino- perineale;  
megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;  
megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;  
fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

## ELENCO II – GRAVI EVENTI MORBOSI

### *Infarto miocardico acuto.*

### *Insufficienza cardiorespiratoria scompensata*

che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

dispnea;

edemi declivi;

aritmia;

angina instabile;

edema o stasi polmonare;

ipossiemia.

### *Neoplasia maligna.*

### *D. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:*

ulcere torbide;

decubiti;

nefropatie;

vasculopatie periferiche;

infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

### *E. Politraumatismi gravi*

che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

### *F. Stato di coma.*

### *G. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.*

### *H. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.*

Inoltre sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

### *I. Tetraplegia.*

### *J. Sclerosi multipla.*

### *K. Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)*

### *L. Alzheimer.*

### *M. Morbo di Parkinson caratterizzato da:*

riduzione attività motoria;

mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

## PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLA COPERTURA BASE -GARANZIA "B"

**MASSIMALE ANNUO: € 200.000,00 (inteso come sottolimito del massimale della garanzia A)**

### RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO SPONTANEO E CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO, DAY HOSPITAL ANCHE A SEGUITO DI MALATTIA ONCOLOGICA E INTERVENTO AMBULATORIALE, LUNGO DEGENZA CON ESCLUSIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

#### Condizioni di liquidazione

**Diretta:** al 100%

**Rimborso - Notai in esercizio e Titolari di Pensione:** scoperto 10% senza minimo

**Forma Mista:** costi di struttura medesime regole previste dall'assistenza diretta  
onorari medici medesime regole previste per l'assistenza rimborsuale

**Ticket / Trattamento alberghiero:** al 100%

### INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI IN DAY HOSPITAL O AMBULATORIALMENTE

#### Condizioni di liquidazione

**Diretta:** 100%

**Rimborso:** - *Notai in esercizio:* scoperto 30%

- *Titolari di pensione:* scoperto 35%

**Ticket:** 100%

**Pre ricovero:** 90 gg

**Post ricovero:** 120 gg

#### Condizioni di liquidazione

**Diretta:** Scoperto 10%

**Rimborso - scoperto** 10%

**Ticket:** 100%

**Accompagnatore:** € 100,00 al giorno – massimale di 30 giorni per ricovero

#### Trasporto assicurato e accompagnatore

**Italia e stati della UE** limite di € 3.000 per ricovero

**Resto del mondo** limite di € 6.000 per ricovero

#### Trasporto e Rimpatrio salma:

Italia: limite di € 2.000 anno

Estero: limite annuo di € 5.000,00

**Lungo degenza:** limite annuo di € 10.330,00 - periodo di copertura massima : 120 giorni l'anno

### PARTO SPONTANEO O CESAREO

**MASSIMALE ANNUO: € 2.000,00 per evento**

#### Condizioni di liquidazione

**Diretta / Rimborso:** 100%



**VISITE SPECIALISTICHE, DIAGNOSTICA CORRENTE, PRESTAZIONI TERAPICHE E FISIOTERAPICHE**  
**MASSIMALE ANNUO: € 5.000,00**

Condizioni di liquidazione

**Diretta:** - *Notai in esercizio*: al 100%  
- *Titolari di pensione*: franchigia di € 50,00 per prestazione

**Rimborso:** - *Notai in esercizio/ Titolari di Pensione*: franchigia € 100,00 per prestazione

**Ticket :** al 100%

**PROTESI ORTOPEDICHE E APPARECCHI ACUSTICI**  
**MASSIMALE ANNUO: € 2.070,00**

Condizioni di liquidazione

**Diretta / Rimborso:** - scoperto 20%

**Solo per i Pensionati:** ausili medici, ortopedici e acustici entro il massimale annuo di € 2.070,00

**CURE ODONTOIATRICHE IN ASSISTENZA DIRETTA**  
**MASSIMALE ANNUO: Nessun limite previsto**

Condizioni di liquidazione:

**Solo diretta:** franchigie diversificate a carico dell'assicurato

**COSTI ANNUALI DEL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO**

- **“Opzione Single”** - Adesione del solo titolare/iscritto: costo annuale massimo € . 880,57
- **“Opzione Family”** – Adesione del titolare/iscritto unitamente al nucleo familiare € . 1.352,44

*\* N.B. Tali importi rappresentano il contributo annuo massimo per l'adesione al “Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base” e sono suscettibili di essere scontati in funzione della numerosità degli Aderenti al Piano Sanitario Integrativo secondo la seguente tabella:*

Numero aderenti	percentuale di sconto	importo scontato “single”	importo scontato “family”
≤ 3.000	0%	€ 880,57	€ 1.352,44
3.001-4.000	3%	€ 854,15	€ 1.311,87
4.001-6.000	10%	€ 792,51	€ 1.217,20
≥ 6.000	20%	€ 704,46	€ 1.081,95

## NOMENCLATORE “B”

### PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE A

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

#### A. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

L'adesione al presente piano sanitario prevede l'estensione:

ai Nuclei familiari degli Assistiti Titolari del Piano Sanitario Base “A”, per quanto riguarda le Garanzie del Piano Sanitario Base “A” ;

agli Assistiti Titolari del Piano Sanitario Base “A” e relativi Nuclei familiari per quanto riguarda le garanzie di seguito indicate.

**Si precisa che per Nucleo familiare si intende:**

il capo nucleo/Titolare del Piano Sanitario

il coniuge non legalmente separato;

il convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere;

i figli conviventi;

i figli non conviventi purché inabili a proficuo lavoro o studenti;

i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria.

A comprova del proprio nucleo familiare l'iscritto dovrà produrre certificato di stato di famiglia o di residenza, ovvero autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

#### B. GARANZIE RICOVERO ED EXTRAOSPEDALIERE

##### B.1 Ambito di Applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo punto B.6 “Prestazioni sanitarie ” della presente sezione, è operante:

indipendentemente dalle condizioni fisiche dell' Assistito;

senza limiti di età;

senza limitazioni territoriali;

senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni anche nel caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente contratto. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dalla Cassa nel rispetto di quanto disposto dal presente Piano Sanitario.

##### B.2 –Limite di Assistenza

Le prestazioni di cui al presente Piano Sanitario sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € **200.000,00** fermo restando quanto disposto dal successivo punto B.4 “Prestazioni Sanitarie garantite” della presente sezione, ove, per “limite di assistenza per nucleo”, si intende la disponibilità massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

##### B.3 – Scoperto

La copertura delle spese di cui al successivo punto B.4 “Prestazioni Sanitarie garantite” prevede:

B.3.1 In caso di prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di scoperto.

Parimenti sono soggette a scoperto del **10%** le spese relative alle prestazioni effettuate in assistenza diretta

nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera e) dell'art. B.4.1 e lett. c) dell'art. B.4.2), fermi restando gli specifici limiti temporali.

Sono, infine, rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo B.4.1 e B.4.2 che prevedono specifici sottolimiti.

B.3.2 In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) o con personale medico non convenzionati, le spese sostenute dall'Assistito sono rimborsate con uno scoperto pari al **10%** senza minimo per sinistro a carico dell'Assistito; nel caso di assistiti titolari di pensione viene applicato uno scoperto pari al **10%** senza minimo per sinistro a carico dell'Assistito.

B.3.3 Le prestazioni effettuate in assistenza indiretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera e) dell'art. B.4.1 e lett. c) dell'art. B.4.2), fermi restando gli specifici limiti temporali, sono rimborsate con uno scoperto del **10%** senza minimo entro il massimale annuo autonomo di **€ 5.000.000,00** salvo che per i ticket che vengono comunque rimborsati al 100%.

Sono, infine, rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo B.4.1 e B.4.2 che prevedono specifici sottolimiti.

B.3.4 In caso di intervento chirurgico effettuato in regime di Day Hospital o ambulatorialmente in assistenza indiretta viene applicato lo scoperto del 30% senza applicazione del minimo (nel caso di assistiti titolari di pensione lo scoperto applicato è del 35% senza applicazione del minimo).

B.3.5 In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari sono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

#### **B.4 – Prestazioni Sanitarie garantite**

##### **B.4.1, B.4.2 e B.4.3 Prestazioni connesse a ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e parto rese necessarie da infortunio e malattia che risultino in garanzia secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.**

La Cassa rimborsa:

#### **In caso di intervento chirurgico, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital**

onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivo e necessario all'intervento;

spese relative all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento, l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami effettuati durante il ricovero relativo all'intervento subito;

assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;

rette di degenza;

accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei **90**

**gg.** precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'acquisto e/o il noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche) effettuate nei **120 gg.** successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;

spese per il prelievo di organi o parte di essi comprese quelle per il trasporto dell'organo, durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, sono comprese le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza;

rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite

di € 100 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;  
trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € 3.000 per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed € 6.000 per ricoveri nel resto del mondo;

spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero con intervento chirurgico, con il limite di € 5.000,00; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assistito con il limite di € 2.000,00.

sono convenzionalmente assimilate a prestazioni in day hospital le prestazioni di somministrazione terapeutica di sostanze farmacologiche in organo o apparati (ad esempio iniezioni endoculari o intravireali, somministrazione di farmaci per terapie anti-tumorali, fattori di crescita intra-articolari). Il costo dei farmaci è indennizzato esclusivamente per farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Nazionale ed esclusivamente per la quota esclusa dal SSN. Sono escluse le terapie sclerosanti, le iniezioni endoarticolari (tipo "infiltrazioni") che sono da ricondursi (ove previste a scopo terapeutico) quali prestazioni complementari di visite specialistiche.

**In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico o in caso di Day Hospital nonché a seguito di malattia oncologica o di lungo degenza correlata a patologie che impongono la prestazione di cure erogabili esclusivamente in ambiente ospedaliero (ritenendosi per tali le strutture di diagnosi e cura, con esclusione, quindi, delle strutture residenziali, quali ad esempio case di riposo)**

Retta di degenza;

assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;

accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei **90 gg.** precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'assistenza infermieristica per le patologie di cui all'allegato elenco dei grandi eventi morbosi) effettuate nei **120 gg.** successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero stesso;

per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di € 100 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;

per trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € 3.000 per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed € 6.000 per ricoveri nel resto del mondo;

in caso di i ricoveri dovuti a lungo degenza la Cassa non rimborserà somma maggiore di € 10.330,00 anno/nucleo con il limite di **120gg** anno/nucleo;

spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero o Day Hospital senza intervento, con il limite di € 5.000,00; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assistito con il limite di € 2.000,00;

il Day Hospital a scopo preventivo non è previsto. Per il rimborso di visite specialistiche, di analisi cliniche e di esami strumentali a scopo preventivo si rinvia all'apposita garanzia.

### **Parto spontaneo e cesareo**

In caso di parto spontaneo o cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata è previsto la copertura massima omnicomprensiva di € 2.000,00 per evento senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

#### **B.4.4 Visite specialistiche – diagnostica corrente - prestazioni terapeutiche e fisioterapiche**

La Cassa, nei limiti del massimale annuo di € 5.000,00 anno/nucleo, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

Onorari medici per visite specialistiche, comprensivi di test ed esami effettuati contestualmente alla visita stessa, con esclusione di quelle odontoiatriche, ortodontiche;

Analisi di laboratorio ed esami diagnostici;

Prestazioni terapeutiche e fisioterapiche con l'esclusione dell'agopuntura.

Il pagamento delle predette prestazioni avverrà con l'applicazione delle seguenti franchigie e scoperti:

**se eseguiti presso strutture convenzionate:**



Assistito in attività: nessuna franchigia a suo carico;

Assistito titolare di pensione: applicazione di una franchigia a suo carico di € 50,00 per ogni prestazione o ciclo di terapia;

**se eseguite presso strutture non convenzionate:**

Assistito in attività o titolare di pensione: rimborso con franchigia a suo carico di € 100,00 per ogni prestazione o ciclo di terapia

**Il rimborso di eventuali ticket avrà luogo senza applicazione di franchigie e scoperti.**

#### **B.4.5 Protesi**

Previa presentazione della prescrizione medica attestante la patologia, la Cassa rimborsa, con il limite di € 2.070,00 anno/nucleo, le spese per acquisto, noleggio e riparazione di protesi ortopediche, apparecchi acustici.

Per i soli titolari di pensione si intendono rientranti in garanzia anche gli ausili medici, ortopedici ed acustici.

Le spese sopra indicate vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

#### **B.4.6 Cure odontoiatriche**

La Cassa rimborsa le prestazioni di seguito elencate esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.

#### **Prestazioni di Implantologia**

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, senza alcuna limitazione dell'entità della liquidazione anche nel caso di effettuazione di più impianti da parte dell'Assistito.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Cassa alle strutture medesime in regime di assistenza diretta, lasciando a carico dell'Assistito esclusivamente una franchigia fissa di €800,00 per ciascun impianto.

#### **Avulsione (estrazione denti anche al di fuori di prestazione di implantologia)**

La Cassa provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), effettuate anche al di fuori delle prestazioni di implantologia, senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi

l'effettuazione della prestazione.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Cassa alle strutture medesime in regime di assistenza diretta al netto una franchigia fissa di € 35,00 per ciascuna estrazione semplice e franchigia fissa di € 120,00 per ciascuna estrazione complessa.

#### **Altre cure dentarie**

##### **CONSERVATIVA**

**(prestazione – franchigia a carico dell'Assistito)**

Sigillatura (per ogni dente) € 25,00

Cavità di 5<sup>a</sup> classe di BLACK € 65,00

Cavità di 1<sup>a</sup> classe di BLACK € 65,00

Cavità di 2<sup>a</sup> classe di BLACK € 65,00

Cavità di 3<sup>a</sup> classe di BLACK € 80,00

Cavità di 4<sup>a</sup> classe di BLACK € 80,00

Incappucciamento della polpa € 37,00

Intarsio L.P. – Inlay od onlay € 250,00  
Intarsio in ceramica € 300,00  
Intarsio in composito € 200,00  
Ricostruzione di angoli € 70,00  
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento € 125,00  
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare € 70,00  
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 80,00  
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 130,00  
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 175,50  
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 270,00  
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 100,00  
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 150,00  
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 195,50  
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 290,00

## **CHIRURGIA**

### **(prestazione – franchigia a carico dell'assistito)**

Intervento per flemmone delle logge perimascellari € 73,00  
Apicectomia (compresa cura canalare) € 155,00  
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento € 100,00  
Asportazione cisti mascellari € 259,00  
Asportazione di epulide € 93,00  
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.) € 130,00  
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc. € 207,00  
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento) € 181,00  
Frenulotomia o frenulectomia € 37,00  
Biopsie (qualunque numero) € 52,00

## **PROTESICA**

### **(prestazione – franchigia a carico dell'assistito)**

Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi) € 225,00  
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile € 110,00  
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica € 850,00  
Protesi totale immediata (per arcata) € 250,00  
Gancio su scheletrato € 40,00  
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP € 150,00  
Apparecchio scheletrato ( struttura LNP O LP, comprensivo di elementi – per arcata) € 800,00  
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo) € 60,00  
Corona protesica in L.N.P. e ceramica € 395,50  
Corona in L.P. e ceramica integrale € 500,00  
Corona protesica in ceramica integrale € 600,00  
Corona protesica provvisoria semplice in resina € 50,00

Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.  
€ 135,00  
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata € 60,00  
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato € 55,00  
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta € 160,00  
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina € 340,00  
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo) € 189,00  
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)  
€ 350,00  
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento) € 55,00  
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento) € 35,00  
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento) € 70,00  
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli  
elementi intermedi di ponte € 20,00  
Riparazione di faccette in resina o ceramica € 50,00

## **ORTOGNATODONZIA**

**(prestazione – franchigia a carico dell'assistito)**

Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per  
arcata per anno € 1.000,00  
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno € 690,00  
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio € 70,00  
Bite notturno € 250,00

## **IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA**

**(prestazione – franchigia a carico dell'assistito)**

Levigatura delle radici e/o courettage gengivale € 45,00  
Profilassi dentale (lucidatura) € 25,00  
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche  
oligoelementi (per arcata) € 25,00  
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione) € 20,00  
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti) ( € 120,00  
Placca di svincolo € 217,00  
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3) € 52,00  
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione) € 175,00  
Gengivectomia per dente € 50,00  
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura) € 186,00  
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi  
tipo di lembo, inclusa sutura) € 259,00  
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso) € 100,00  
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo  
per quadrante € 326,00  
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso) € 388,00  
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti) € 434,00  
Lembo gengivale semplice € 200,00  
Lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti € 260,00

## **DIAGNOSTICA**

**(prestazione – franchigia a carico dell'assistito)**

Radiografia endorale (ogni due elementi) € 16,00  
Radiografia endorale per arcate € 42,00  
Bite wings € 20,00

Radiografia: per ogni radiogramma in più € 11,00

Ortopantomografia od ortopantomica € 30,00

Teleradiografia € 42,00

Dentalscan 1 arcata € 181,00

Dentalscan 2 arcate € 259,00

Esame elettromiografico € 180,00

Esame Kinesiografico € 200,00

### **Prevenzione Odontoiatrica**

La Cassa provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assistito, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

### **Pacchetto Emergenza Odontoiatrica**

La Cassa provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio. L'Assistito, previo invio del certificato di pronto soccorso, potrà avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

Sigillatura (per ogni dente)

Otturazione (qualsiasi tipo)

Incappucciamento della polpa

Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento

Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Cassa alle strutture stesse, senza applicazione di alcuna franchigia a carico dell'Assistito.

### **B.5 - Garanzie escluse dal Piano Sanitario**

Il Piano Sanitario non è operante per:

eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di manifestazioni morbose derivanti e/o connesse alla malformazione o difetto fisico preesistente;

malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dal presente piano sanitario; tale esclusione, altresì, non opera limitatamente alla garanzia per non autosufficienza ove la malattia mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;

gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;

gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;

gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;

l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;

le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche; non rientrano in detta categoria e saranno pertanto garantiti, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite e gli interventi di simmetrizzazione della mammella contro laterale a seguito di interventi demolitivi, nonché gli interventi di chirurgia stomatologica dovuti a conseguenza diretta di infortunio indennizza-

bile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.  
i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.).  
le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario;  
le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;  
le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

## **B.6 - Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assistiti).**

### **B.6.1. Servizi di informazione**

La Cassa mette a disposizione una struttura dedicata tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie del presente Piano Sanitario.

Per la prestazione dei servizi di cui sopra, la Cassa metterà a disposizione un numero verde dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00.

### **B.6.2. Prestazioni di assistenza**

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti attraverso la Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.



***a) 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.

***b) Informazioni telefoniche (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 )***

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;

indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);

farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

**All'estero**

***c) 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.

***d) 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).

***e) 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.

***f) Trasmissione messaggi urgenti***

Qualora l'Assistito in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.



**RBM**   
AssicurazioneSalute



## GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE - REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE -

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni garantite da Cassa RBM Salute. Le prestazioni sono garantite attraverso **due regimi di erogazione**:

**a) assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico; qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Previmedical, ma l'équipe medica non lo fosse (**c.d. Prestazioni Miste**), con riferimento agli onorari dell'équipe non convenzionata Previmedical, la liquidazione avverrà secondo la modalità indicata al punto b). Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal Piano Sanitario;

**b) assistenza sanitaria rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Assistito decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N. e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento (si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso), nei termini previsti dal solo Piano Sanitario.

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario avvalersi di medico specialista o da fisioterapista diplomato.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet

[www.cassarbmsalute.it](http://www.cassarbmsalute.it)

Inoltre, sempre dal sito, previa autenticazione, si accede all'Area Riservata agli iscritti dove è possibile:

- a) consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;
- b) compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. C).

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Assistiti ai quali preventivamente sono state rilasciate login e password.

### Per accedere alla propria Area Riservata ed ai relativi servizi online, sarà sufficiente seguire le seguenti istruzioni:

- collegarsi al sito: [www.cassarbmsalute.it](http://www.cassarbmsalute.it)
- cliccare in alto a destra su "Area Riservata"
- inserire nel campo "Login" il proprio codice fiscale (in maiuscolo)
- inserire nel campo "Password" la propria data di nascita GGMMAAAA (senza spazi o simboli di divisione)\*.

**\*NB. Al fine di attivare tutte le funzionalità telematiche, effettuato il login alla propria Area Riservata, sarà necessario operare la modifica della password di primo accesso.**

Segnaliamo altresì che è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA<sup>®</sup>", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § III, lett. E., "SEGUI LA TUA PRATICA<sup>®</sup>".

Infine, è data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per un medico e/o una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale nominativo/ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a RBM Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail:

[ufficio.convenzioni@rbmsalute.it](mailto:ufficio.convenzioni@rbmsalute.it)

## I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **devrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Cassa RBM Salute** per ottenere la relativa autorizzazione.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

**In caso di mancata presentazione all'appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.**

### A. RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

#### PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

##### A.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta (ove previsto dal Piano Sanitario).

**Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:**

- **800.99.17.73** da telefono fisso e cellulare (numero verde gratuito);
- **0039 0422.17.44.213** per chiamate dall'estero.

**Per trasmettere eventuale documentazione afferente l'autorizzazione:**

- **0422.17.44.713** via fax
- **[assistenza.cassanotariato@previmedical.it](mailto:assistenza.cassanotariato@previmedical.it)** via mail

**L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 2 gg. (48 h) lavorativi.**

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

Pertanto, fermo il preavviso minimo di 2 gg. (48 h) lavorativi e **qualora la documentazione giustificativa necessaria sia completa**, la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione o diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta con le seguenti tempistiche:

- **se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 10 gg. lavorativi dalla data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 5 gg. lavorativi dalla richiesta dell'Assistito;
- **se la richiesta perviene tra i 9 e i 5 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg. lavorativi precedenti la data dell'evento;
- **se la richiesta perviene tra i 5 e i 3 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg. lavorativo precedente la data dell'evento.

**Rimane fermo per l'Assistito il diritto a chiedere l'autorizzazione con un preavviso di almeno 2 gg. (48 ore) lavorativi** seppur, in tale ipotesi, tale preavviso minimo potrebbe comportare nel caso di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa estremamente a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

**Esempio 1 – prestazioni ospedaliere** - Qualora la richiesta di assistenza diretta ospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 10 giorni (lavorativi) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione **entro i 5 giorni (lavorativi) successivi alla richiesta**.

**Esempio 2 – prestazioni ospedaliere** - Qualora la richiesta pervenga 4 giorni (lavorativi) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione entro 1 giorno (lavorativo) dall'evento.

## **La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.**

L'Assistito **dovrà fornire alla Centrale Operativa** le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione.

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax o e-mail** alla Centrale Operativa:

- prescrizione della prestazione ospedaliera da effettuare/certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- diagnosi o quesito diagnostico;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

Si precisa che per i ricoveri e/o Day Hospital, non "resi necessari da malattia o infortunio", durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

**In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o E-Mail.**

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, della relativa autorizzazione.

### **A.1.2 LA PREATTIVAZIONE**

**L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito [www.cassarbmsalute.it](http://www.cassarbmsalute.it) - AREA RISERVATA, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione".**

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato. Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una prima maschera per la scelta della prestazione da attivare in assistenza diretta (ricoveri, visite specialistiche, esami di laboratorio, prestazioni odontoiatriche, ecc.). Successivamente l'Assistito passa ad una seconda maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito potrà indicare:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- la provincia ove è ubicata la struttura.
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture facenti parte del Network che rispondono ai criteri di ricerca, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione".

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

### **A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA**

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 2 giorni (48 ore) lavorativi, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far



compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

**Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo E-Mail allegando:**

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

**La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.**

**Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa**, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione entro i **5 giorni successivi dall'inizio del ricovero** e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

**La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero**, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

#### **A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA**

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo, se previsto dal proprio Piano Sanitario, nei termini e limiti da questo previsti.

\*\*\*

#### **DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO**

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc..

Cassa RBM Salute provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

## B. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

(ove previsto dal Piano Sanitario)

### PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

#### B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

**Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:**

- **800.99.17.73** da telefono fisso e cellulare (numero verde gratuito);

- **0039 0422.17.44.213** per chiamate dall'estero.

**Per trasmettere eventuale documentazione afferente l'autorizzazione:**

- **0422.17.44.713** via fax

- **assistenza.cassanotariato@previmedical.it** via mail

**L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa di Cassa RBM Salute con un preavviso di 2 gg. (48 h) lavorativi.**

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

**La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 2 giorni (di calendario) per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie (se previste dal proprio piano sanitario), rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 2 gg. (48 h) lavorativi di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.**

**La Centrale Operativa di Cassa RBM Salute è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.**

**L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:**

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico.

La Centrale Operativa verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax o e-mail, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliere a mezzo web sms o e-mail. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax o e-mail la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza

diretta, con conseguente pagamento da parte di Cassa RBM Salute, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche “non convenzionali” (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

**In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.**

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico-medici del caso, della relativa autorizzazione.

### **B.1.2 LA PREATTIVAZIONE**

**L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito [www.cassarbmsalute.it](http://www.cassarbmsalute.it) sezione Area Riservata, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata “Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione”.**

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato. Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una prima maschera per la scelta della prestazione da attivare in assistenza diretta (ricoveri, visite specialistiche, esami di laboratorio, prestazioni odontoiatriche, ecc.). Successivamente l'Assistito passa ad una seconda maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito potrà indicare:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- la provincia ove è ubicata la struttura.
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture facenti parte del Network che rispondono ai criteri di ricerca, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata “Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione”.

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

### **B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA**

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax o e-mail allegando:

- prescrizione/certificato medico contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

**La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro i 2 gg. (48 h) lavorativi di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.**

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque

rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

**La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero**, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

#### **B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA**

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo, se previsto dal proprio Piano Sanitario, nei termini e limiti da questo previsti.

\*\*\*

#### **DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE**

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento). **Cassa RBM Salute provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**



## II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

### C. DOMANDA DI RIMBORSO

#### C.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

##### - documentazione medica

**a) prescrizione** con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto;

**In caso di infortunio** fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Si precisa che non sono ammessi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

**b) cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

**c) relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;

**d) tessera di esenzione rilasciata dall'ASL** recante il codice specifico per patologia oncologica, in caso di primo invio di prestazioni per *Follow up* oncologico;

**e) verbale della Commissione di prima istanza per l'invalidità civile** per la richiesta di prestazioni per *Copertura per non autosufficienza*.

**f) quant'altro** necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

- **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.



## C.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet [www.cassarbmsalute.it](http://www.cassarbmsalute.it) (sezione: Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia** della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

### **Cassa RBM Salute**

Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale

Via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde

31022 Preganziol (TV)

## C.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera C.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**.

A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito [www.cassarbmsalute.it](http://www.cassarbmsalute.it) (AREA RISERVATA).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere comunque avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § II, lett. C.2).



### III. SERVIZI ACCESSORI

#### D. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet [www.cassarbmsalute.it](http://www.cassarbmsalute.it) (AREA RISERVATA), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso;
- tipologia prestazione medica;
- persona interessata (iscritto o familiare);
- totale rimborso.

#### E. SERVIZIO “SEGUI LA TUA PRATICA”

E' a disposizione il servizio “**SEGUI LA TUA PRATICA**”; l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

#### F. ACCESSO A “GATE 179”

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) - AREA POLIZZE, l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

L'applicazione web di RBM Assicurazione Salute per l'accesso a questi dati si chiama “GATE 179”.

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it).

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail [assistenza@rbmsalute.it](mailto:assistenza@rbmsalute.it) o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile).

Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia.

#### G. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE “Citrus RBM Salute”

Cassa RBM Salute rende disponibile una APP Mobile per accedere alle seguenti funzioni:

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;
- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate con RBM Assicurazione Salute;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni presso le strutture convenzionate (regime di assistenza diretta).

Per accedere a tutti i servizi tramite l'APP Mobile “Citrus RBM Salute” sarà sufficiente effettuare il login utilizzando le medesime credenziali di accesso dell'Area Riservata On-line.

#### H. GARANZIE ACCESSORIE

Per accedere alle **garanzie accessorie** previste dal Piano Sanitario alla sezione 3 art. 3.2 del Capitolato Tecnico, l'Assistito dovrà contattare la Centrale Operativa.



## “Oltre 100.000 convenzioni in Italia...”

**RBM Assicurazione Salute**, per consentire un maggior ricorso all’assistenza diretta (con pagamento diretto della Compagnia alle strutture sanitarie e ai medici convenzionati delle spese sanitarie) rende disponibile, in partnership con Previmedical S.p.A., **il più ampio network di strutture convenzionate presente sul territorio nazionale.**

PREVIMEDICAL, infatti, è specializzata nella gestione dei sinistri (sia in regime di assistenza diretta che in regime rimborsuale) e nel convenzionamento e nella gestione di network sanitari.

**PREVIMEDICAL dispone attualmente del più ampio e competitivo network sanitario indipendente in Italia** composto da oltre **11.000 Strutture Sanitarie, 71.000 Medici, 8.800 Operatori socio-assistenziali, 240 RSA, nonché 8.700 Dentisti.** Attraverso il proprio network PREVIMEDICAL garantisce ai propri clienti capillarità dei centri convenzionati, tariffe competitive, qualità delle prestazioni sanitarie e la possibilità per l’assistito di non anticipare il costo delle prestazioni sanitarie ricevute.





	Case di cura	Centri diagnostici e laboratori	Medici specialisti convenzionati	Operatori sanitari e socioassistenziali	Residenze Socioassistenziali	Odontoiatri	Totale convenzioni
Lombardia	132	2.395	18.232	1.506	77	2.476	24.821
Lazio	78	1.909	15.583	3.748	36	1.512	22.877
Piemonte	32	753	4.586	273	26	709	6.412
Valle D'aosta	1	12	490	366	0	4	873
Emilia Romagna	42	816	5.405	101	19	399	6.788
Toscana	28	623	3.660	511	12	493	5.328
Sicilia	30	687	3.666	233	12	420	5.062
Veneto	20	675	3.826	361	12	649	5.577
Puglia	20	527	2.725	264	10	329	3.879
Liguria	17	356	2.698	564	13	220	3.870
Campania	19	660	2.865	154	6	510	4.222
Abruzzo	12	244	1.658	167	7	167	2.257
Friuli Venezia Giulia	8	159	1.083	48	4	73	1.375
Marche	22	172	788	70	5	209	1.268
Umbria	4	129	659	48	2	124	967
Calabria	15	241	1.277	35	5	140	1.714
Trentino-Alto Adige	4	50	717	357	1	22	1.151
Sardegna	4	215	870	70	4	208	1.373
Basilicata	1	79	260	20	0	46	406
Molise	2	89	215	2	0	59	3367
<b>Totale convenzioni</b>	<b>491</b>	<b>10.791</b>	<b>71.263</b>	<b>8.898</b>	<b>251</b>	<b>8.769</b>	<b>100.587</b>





# COME ACCEDERE ALL'AREA RISERVATA



**Per accedere alla propria Area Riservata ed ai relativi servizi online, sarà sufficiente seguire le seguenti istruzioni:**

- collegarsi al sito: [www.cassarbmsalute.it](http://www.cassarbmsalute.it)
- cliccare in basso a destra su “Area Riservata”
- inserire nel campo “Login” il proprio codice fiscale (in maiuscolo)
- inserire nel campo “Password” la propria data di nascita GGMMAAAA (senza spazi o simboli di divisione)\*.

*\*NB. Al fine di attivare tutte le funzionalità telematiche, effettuato il login alla propria Area Riservata, sarà necessario operare la modifica della password di primo accesso*



## CITRUS, LA NUOVA APP MOBILE

**È possibile utilizzare tutte le funzionalità dell'Area Iscritti del sito web del tuo Piano Sanitario direttamente dal tuo telefono cellulare o dal tuo tablet.**



Con la APP Citrus® di RBM Assicurazione Salute® potrai, in modo semplice ed immediato, richiedere l'autorizzazione per le prestazioni dirette (in Network), senza necessità di contattare la Centrale Operativa, e di inserire le tue domande di rimborso.

La APP Citrus® inoltre ti consentirà di verificare in tempo reale lo stato delle tue pratiche e di rilevare eventuali anomalie.

Per installare la APP Citrus® è sufficiente effettuare una ricerca su Play Store (Android) o Apple Store (IOS) con la parola chiave “Citrus®”, e scaricarla gratuitamente sul tuo dispositivo mobile.

**Il menù principale permette di accedere alle seguenti funzioni, fornite dall'applicativo:**

- Visualizzazione e modifica dati anagrafici e di contatto
- Notifiche relative alle proprie pratiche
- Contatti RBM Assicurazione Salute
- Ricerca strutture convenzionate anche attraverso il servizio di geo-localizzazione
- Stato e dettagli delle proprie pratiche
- Inserimento domanda di rimborso online
- Inserimento richiesta di autorizzazione a prestazione presso le Strutture Convenzionate (Pic online)



CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO



## CONTATTI



Da rete fissa e mobile

Numero Verde

**800. 99.17.73**



Estero **+39 0422.17.44.213**



Fax **+39 0422.17.44.713**



Mail [assistenza.cassanotariato@previmedical.it](mailto:assistenza.cassanotariato@previmedical.it)

*La centrale operativa è attiva 365 giorni l'anno, 24 ore su 24.*



### **RBM Assicurazione Salute S.p.A.**

**Sede Legale e Direzione Generale**

Via Enrico Forlanini, 24 - Località Borgo Verde

31022 Preganziol (Tv)

Tel.: +39.0422.062700