

FAQ SULLA COPERTURA SANITARIA 2016-2019

1. Come iscritto alla cassa del notariato ho di diritto il piano sanitario base?

Si, il piano sanitario base è attivato d'ufficio, con costo a carico della Cassa del Notariato, per i notai in esercizio, i notai in pensione e per i titolari di pensione notarile di reversibilità e indiretta.

2. Il mio nucleo familiare e' coperto dal piano sanitario base?

No, il piano base copre esclusivamente l'iscritto con esclusione del nucleo familiare.

3. Come posso coprire anche il mio nucleo familiare?

Per il triennio assicurativo attualmente in corso, l'estensione del piano sanitario integrativo al nucleo familiare non è più possibile essendosi chiusa il 31 maggio 2017 la finestra per poter aderire alla opzione integrativa "family".

4. Quali familiari possono beneficiare del piano sanitario integrativo?

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente more uxorio tale indipendentemente dal genere, e dai figli conviventi. 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 ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria.

5. Come posso verificare se ho la copertura integrativa?

Accedendo all'area iscritto tramite il logo RBM salute presente sul sito www.cassanotariato.it (in caso di primo accesso occorre seguire le istruzioni per la registrazione indicate all'interno dell'area riservata). In alternativa, l'informazione può essere richiesta al numero verde dedicato 800.99.17.73.

6. Dove trovo le informazioni sui piani sanitari?

Sul sito www.cassanotariato.it nella sezione dedicata alla copertura sanitaria.

7. L'annualità assicurativa da quando decorre e quando termina?

L'annualità assicurativa decorre dal 1° novembre e termina il 31 ottobre dell'anno seguente.

8. Ho dimenticato di aderire al piano sanitario integrativo entro la finestra di adesione. quando potrò rientrare?

La finestra per aderire al piano integrativo è stata aperta dal 01.11.2016 al 31.05. 2017. Le uniche adesioni consentite oltre quel periodo sono quelle dei nuovi notai e dei nuovi pensionati che si iscriveranno alla Cassa Nazionale del Notariato nel corso del periodo di durata della copertura (pensionate/i di reversibilità e indiretta); per gli altri iscritti sarà possibile aderire al nuovo piano sanitario integrativo che verrà proposto solo a partire dal 01.11.2019.

9. E' necessario rinnovare/riconfermare l'iscrizione al piano sanitario integrativo di anno in anno oppure e' automatico fino alla scadenza?

L'adesione va formalizzata una sola volta entro la finestra di adesione e resta valida per tutto il periodo di durata del piano sanitario.

Il modulo di adesione va inviato nuovamente solo in caso di aggiunta di nuovi familiari in copertura (nuovi nati, coniugi, ecc..).

10. La copertura dei piani sanitari è valida anche all'estero?

La copertura assicurativa si intende operante nel territorio del Mondo Intero.

11. Mia figlia si recherà all'Estero per effettuare un corso di specializzazione e la scuola le ha richiesto un certificato di copertura sanitaria. A chi posso richiederlo?

Il certificato di copertura estero va richiesto via mail a declaration@previmedical.it indicando il nome e cognome del familiare che si recherà all'estero, il paese estero in cui soggiognerà e il periodo di permanenza.

12. Dove trovo l'accesso alla mia area riservata?

Sul sito www.cassanotariato.it per accedere al sito deve cliccare sul logo "RBM salute" presente nella sezione dedicata alla copertura sanitaria. in caso di primo accesso occorre seguire le istruzioni per la registrazione indicate all'interno dell'area riservata.

13. Esiste un'app che mi permette di prenotare la prestazione tramite smartphone?

Sì, l'app "Citrus" da ricercare su play store (android) o apple store (ios).

14. Quale numero devo contattare per effettuare una prestazione in una struttura convenzionata con Previmedical?

Il numero verde gratuito 800.99.17.73 (attivo 24h 365gg all' anno) da telefono fisso o cellulare oppure il numero 0039.0422.17.44.213 per chiamate dall'estero. Si dovrà selezionare il tasto 2, poi il tasto 1 per prenotare, 2 per disdire o modificare; il tasto 3 per informazioni.

Il contatto deve avvenire con un preavviso di almeno 48 ore rispetto all'appuntamento fissato.

15. Quale numero posso contattare per segnalare un problema con il Fondo Sanitario o avere informazioni sulla copertura?

Le segnalazioni e le richieste di informazioni possono essere rivolte al Broker AON tramite il seguente numero verde gratuito 800.86.45.68 operativo dal lunedì al giovedì dalle ore 9.00 alle ore 17.00.

16. Come posso verificare se una struttura è convenzionata con Previmedical?

Tramite il sito della cassa del notariato www.cassanotariato.it nella sezione dedicata alla copertura sanitaria cliccando sul logo di Previmedical, selezionando regione e provincia e struttura medica. In alternativa chiamando il numero verde 800.99.17.73.

17. Come posso segnalare una struttura a Previmedical perché entri nel Network convenzionato?

Sul sito della Cassa del Notariato cliccando sul logo di Previmedical e selezionando la voce "richiedi una convenzione" oppure facendo inviare dalla Struttura una mail a: ufficio.convenzioni@previmedical.it.

18. Ho cambiato il codice iban, come posso fare per comunicarlo al Fondo sanitario?

Accedendo all'area riservata tramite l'opzione "variazione dati bancari" oppure inviando una mail a: assistenza.cassanotariato@previmedical.it

19. E' variata la mia situazione anagrafica e desidero passare dall'opzione "single" all'opzione "family" (o viceversa) come posso comunicarlo al fondo sanitario?

Inviando una mail ad : assistenza.cassanotariato@previmedical.it

20. A breve andrò in pensione, cosa cambia nella mia copertura sanitaria?

Il notaio in attività che diventi pensionato nel corso dell'annualità assicurativa rimarrà con la copertura prevista per i notai in attività sino alla scadenza dell'anno assicurativo. Solo a decorrere dall'anno assicurativo successivo verranno applicate le variazioni previste dai piani sanitari.

Per il piano base: area ricovero fuori rete lo scoperto passerà dal 10% al 25%, per l'alta diagnostica extra-ospedaliera in rete sarà applicata una franchigia di € 50.

Per il piano integrativo: area ricovero fuori rete limitatamente a day hospital, day surgery e ambulatoriale, lo scoperto passa dal 30% al 35%; per diagnostica, visite specialistiche e fisioterapia in rete sarà applicata una franchigia € 50. Ampliamento della copertura per ausili medici, ortopedici e acustici.

21. Quali sono le procedure per inoltrare una richiesta di rimborso (ex novo):

Invio cartaceo tramite compilazione e spedizione all'indirizzo indicato sul modulo di rimborso della domanda e dei documenti allegati;

caricamento e invio dei documenti medici e di spesa nell'area iscritto tramite la funzione "inserimento domanda di rimborso" ;

caricamento e invio dei documenti medici e di spesa tramite l'app citrus.

22. Dove posso trovare il modulo da utilizzare per inoltrare una richiesta di rimborso?

Sul sito della cassa del notariato www.cassanotariato.it nella sezione dedicata alla copertura sanitaria. Il modulo è scaricabile nel formato pdf e si chiama "modulo di rimborso".

23. Ho avuto un ricovero all'estero. quale documentazione devo produrre per il rimborso?

Modulo di richiesta rimborso, fattura quietanzata rilasciata dalla Struttura estera, Cartella clinica redatta in lingua italiana o, comunque, accompagnata da traduzione in lingua italiana.

24. Le fatture e le prescrizioni mediche devono essere inviate in originale o in fotocopia?

La documentazione medica e le ricevute di spesa/fatture vanno inviate esclusivamente in fotocopia.

25. Come posso verificare lo stato delle mie richieste di rimborso?

Entrando nell'area iscritto e accedendo alla funzione "stato delle pratiche", tramite l'app citrus, in alternativa, l'informazione può essere richiesta al numero verde dedicato 800.99.17.73.

26. Come posso scaricare il mio estratto conto sinistri dell'anno precedente?

Entrando nell'area iscritto e accedendo alla funzione "estratti conto on line".

27. Non mi hanno rimborsato una spesa medica perché la ricevuta del medico non aveva la marca da bollo, come faccio a ripresentarla?

Tramite modalità cartacea: inviare fotocopia della fattura con la marca da bollo indicando nella lettera di accompagnamento il numero di pratica in sospeso.

Tramite modalità telematica: entrare nell'Area iscritto, visualizzare lo "stato della pratica", cliccare sul numero della pratica da integrare e scegliere l'opzione "aggiungi documento".

28. Per chiedere il rimborso di un ricovero è sufficiente presentare il certificato di dimissione?

No, è necessario inviare la fotocopia della cartella clinica completa.

29. Cosa sono i "grandi interventi chirurgici"?

Sono gli interventi chirurgici coperti dal piano base. L'elenco è reperibile sul sito www.cassanotariato.it nella sezione dedicata alla copertura sanitaria.

30. Cosa si intende per prescrizione medica “motivata”?

Prescrizione del medico di base o del medico specialista con diagnosi/patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui venissero effettuate prestazioni sanitarie a fronte della sola indicazione di un generico dolore, ovvero algia, quale, ad esempio: cervicalgia, dorsalgia, lombalgia, rachialgia, gonalgia, coxalgia, epigastralgia, addominalgia, non sarà possibile procedere all’autorizzazione alla prestazione diretta o a rimborso in quanto il termine medico “algia” indica un dolore localizzato o sintomo e non identifica una condizione patologica.

Tutti i sintomi dolorosi localizzati (algia) garantiranno l’operatività della copertura solo se accompagnati da opportuno sospetto diagnostico. fanno eccezione alcune specifiche condizioni che indicano specificatamente una condizione di franca patologia, come ad es.: precordialgia, pubalgia, fibromialgia, toracoalgia, nevralgia del trigemino, poliamialgia.”

31. Per usufruire della copertura per follow-up oncologico e’ sufficiente la prescrizione del medico di base?

No, la garanzia prevede che la prescrizione venga rilasciata dal medico oncologo che segue l’iter del follow up. con la prima richiesta serve anche esibire la tessera di esenzione rilasciata dalla ASL recante il codice specifico per patologia (tessera con codice di esenzione 048).

32. Cosa si intende per tessera di esenzione per patologia e in quali casi si deve presentare?

Tessera esenzione specifica con codice esenzione 048 che deve essere presentata solo per il follow up oncologico.

33. Ho un’invalidità del 100% ma senza diritto all’accompagnamento, posso attivare la garanzia “copertura per non autosufficienza”?

No, serve che sia riconosciuto il diritto all’indennità di accompagnamento.

34. Sono invalido al 100% con accompagnamento. Posso chiedere il rimborso delle spese sostenute per la badante?

Sì, alla prima richiesta, oltre alle buste paga della badante, va presentata 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.

35. Ho esclusivamente la copertura base, sono coperto per la prevenzione?

Sì, le prestazioni di medicina preventiva coperte dal piano base possono essere visualizzate sul sito www.cassanotariato.it. Il massimale anno/nucleo a disposizione è di € 500,00 fruibile sia in convenzionamento diretto che a rimborso.

36. Per chiedere il rimborso o attivare la copertura diretta per prestazioni di prevenzione serve la prescrizione medica?

No, non serve, tuttavia in caso di richiesta di presa in carico diretta è necessario indicare espressamente all’operatore del Numero verde che la prestazione viene effettuata per “prevenzione”. In caso di inoltro di richiesta di rimborso “on line” poiché la procedura di caricamento dei documenti prevede l’obbligo di inserimento di una prescrizione medica si deve scannerizzare un documento con la scritta “medicina preventiva”.

37. Ho il piano integrativo, sono coperto per le spese che dovrò affrontare nel corso della gravidanza e per il parto?

I piani sanitari non prevedono il pacchetto maternità pertanto i controlli di routine nel corso della gravidanza non sono coperti.

Per il parto naturale o cesareo, gestito sia in convenzione che fuori convenzione, è previsto un massimale annuo di € 2.000,00.

38. Ho effettuato un ciclo di fisioterapia presso una struttura non convenzionata con Previmedical. Cosa devo presentare per il rimborso?

- a) Fotocopia della prescrizione medica indicante il numero di sedute la diagnosi accertata e presunta;
- b) fotocopia della ricevuta fiscale o fattura;
- c) fotocopia del diploma del fisioterapista che serve a verificare che il professionista che ha fornito la prestazione sanitaria sia fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

39. Quali sono le modalità di rimborso dei ticket sanitari?

I ticket per prestazioni effettuate presso il SSN sono liquidati integralmente nell'ambito dei massimali ai quali la prestazione si riferisce. Occorre accertarsi che il documento di spesa riporti la dicitura "ticket" o "contributo al Servizio Sanitario Nazionale" (o espressioni similari).

Come per le altre prestazioni di diagnostica è necessario allegare la prescrizione medica con diagnosi, pertanto, l'impegnativa va fotocopiata prima che venga ritirata dalla struttura ospedaliera. In assenza, tranne che per le prestazioni di medicina preventiva, non sarà possibile procedere al rimborso.

40. Le "infiltrazioni articolari" sono rimborsabili?

È rimborsabile esclusivamente l'atto medico di inoculazione del farmaco il cui costo deve essere evidenziato nel documento di spesa in quanto non rientra tra le prestazioni rimborsabili.

41. Per chiedere il rimborso dell'apparecchio acustico serve la prescrizione medica dello specialista?

Sì, serve la prescrizione medica con diagnosi di ipoacusia.

42. In qualità di erede, cosa devo produrre per ottenere il rimborso delle spese mediche sostenute dall'iscritto?

- A) Certificato di morte dell'assicurato
- B) copia autentica dell'eventuale testamento, ovvero dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre la suddetta dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, la loro età e la relativa capacità di agire;
- C) in assenza di testamento dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (in originale o in copia autentica) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto a quote di eredità;
- D) eventuale copia autentica del decreto del giudice tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- E) fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- F) dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice iban di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi delle pratiche presentate o ancora da presentare.

43. Quale procedura si deve seguire per attivare la copertura per "Cure odontoiatriche"?

- a) Fissare l'appuntamento con il medico/centro odontoiatrico convenzionato;

- b) Richiedere la presa in carico della prima visita odontoiatrica almeno 48 ore prima dell'appuntamento tramite i consueti canali (app CITRUS, area riservata RBM Salute, numero verde 800.99.17.73) senza necessità di produrre la prescrizione medica e farsi rilasciare dall'odontoiatra la prescrizione con patologia per le cure che verranno effettuate nella visita successiva;
- c) Richiedere personalmente alla Centrale Operativa la presa in carico (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) per le prestazioni da effettuarsi nella seconda visita producendo la prescrizione medica con il quesito diagnostico o la patologia, così di seguito fino alla conclusione del ciclo di cure odontoiatriche. La Centrale Operativa invierà l'autorizzazione alla presa in carico sia all'assistito che allo studio odontoiatrico.
- d) In occasione della prima presa in carico potranno essere richiesti i referti radiografici.

44. Cosa serve per richiedere la presa in carico di una prestazione di implantologia?

Radiografie e referti radiografici precedenti all'impianto e prescrizione medica con indicazione della prestazione da effettuare.

45. Cosa serve per richiedere una prestazione di avulsione/estrazione?

La stessa documentazione richiesta per l'implantologia

46. Nella "prevenzione odontoiatrica" è compresa la fluorazione e la levigatura?

No, non sono comprese

47. Ho avuto un infortunio e necessito di cure dentarie urgenti, cosa devo produrre come documentazione per ottenere la presa in carico?

Occorre produrre il certificato del Pronto Soccorso

48. Esistono dei limiti/massimali per le prestazioni di odontoiatria?

Nessun limite. Solamente per la prevenzione è prevista una visita di igiene una sola volta all'anno e lo stesso limite per le cure di emergenza.

20/07/2018

UFFICIO PREVIDENZA E ASSISTENZA