



*inarc*CASSA

R:M Salute
L'ASSICURAZIONE SANITARIA INTEGRATIVA

Previmedical[®]
Servizi per la Sanità Integrativa

Cassa
R:M Salute
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL S.S.N.

Piani Sanitari integrativi per la Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Ingegneri ed Architetti Liberi Professionisti



I PARTNER PER LA SANITÀ INTEGRATIVA

*inarc*CASSA

Inarcassa è la Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Ingegneri ed Architetti Liberi Professionisti. Al compito istituzionale della previdenza, Inarcassa affianca un'importante attività di assistenza mirata alla sicurezza sociale degli associati e allo sviluppo della professione (indennità di maternità e di invalidità temporanea, indennità per i figli disabili, sussidi, mutui, finanziamenti in conto interessi e prestiti d'onore ai giovani,...). Garantisce inoltre gratuitamente la copertura assicurativa di una Polizza sanitaria 'Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi' a tutti gli associati, sin dal momento dell'iscrizione, e ai pensionati, con la possibilità di estendere a propria discrezione e con premio a proprio carico le prestazioni ai componenti del nucleo familiare o di aderire ad una polizza integrativa annuale.



RBM Salute S.p.A. (già DKV Salute) è una Compagnia Assicurativa specializzata nel settore salute (piani sanitari, coperture dentarie, coperture LTC "ramo danni" e coperture infortuni), partner preferenziale del Gruppo Riassicurativo Munich Re (numero uno in Europa e nel Mondo nel settore salute), costituita nel 2007 con l'obiettivo di divenire uno dei principali operatori del settore dell'assistenza sanitaria integrativa.

Attualmente RBM Salute ha una raccolta premi di circa 300 milioni di Euro, assicura 1,9 milioni di persone (pari a circa il 40% dei soggetti oggi titolari in Italia di una copertura sanitaria) ed è il 2° Gruppo Assicurativo nel ramo salute. Sono clienti di RBM Salute le principali aziende multinazionali e nazionali operanti in Italia, alcune importanti Pubbliche Amministrazioni ed un ampio numero di Fondi Sanitari e Casse di Assistenza.



RBM salute ha scelto PREVIMEDICAL - Servizi per la Sanità Integrativa - S.p.A. come suo partner nella fornitura del servizio sanitario. PREVIMEDICAL 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 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 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.



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 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.



*inarc*CASSA



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

- collegarsi al sito: www.inarcassa.rbmsalute.it
- cliccare 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® INARCASSA LA NUOVA APP MOBILE!



Dal 1° gennaio 2015 aderendo ai Piani Sanitari RBM Salute potrà accedere a tutte le funzionalità dell'Area Iscritti, già fruibili attraverso il sito Internet dedicato, direttamente da telefono cellulare o tablet (dispositivi Android, IOS-Apple).



Con la nuova APP CITRUS® INARCASSA di RBM Salute e Previmedical, in modo semplice ed immediato, è possibile richiedere l'autorizzazione per le prestazioni dirette (in Network) ed inserire le domande di rimborso.

La APP INARCASSA inoltre consente di verificare in tempo reale lo stato delle pratiche e di rilevare eventuali anomalie.

Per installare la APP INARCASSA è sufficiente effettuare una ricerca su Play Store (Android) o Apple Store (IOS) con la parola chiave "CITRUS® INARCASSA", e scaricarla gratuitamente sul proprio 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 Salute
- Ricerca strutture convenzionate anche attraverso il servizio di geo-localizzazione
- Status e dettagli delle proprie pratiche
- Inserimento domanda di rimborso online
- Inserimento richiesta di autorizzazione a prestazione presso strutture convenzionate (Pic on line)

Con la fotocamera del suo telefono potrà trasmetterci subito i suoi documenti

POLIZZA BASE

ISCRITTI ATTIVI E PENSIONATI

MASSIMALE € 300.000 anno / persona o anno / nucleo in caso di estensione della copertura al nucleo familiare
RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI (v. allegato)

CONDIZIONI:

DIRETTA - al 100%

RIMBORSO - scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento - **Day Hospital** - scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento

MISTA - struttura diretta 100%

Onorari medici a rimborso - scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento

Day Hospital: scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento

TICKET - al 100%

CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE - limite € 15.000 per evento

Per i seguenti interventi chirurgici:

- interventi per protesi
- interventi sulla prostata
- isterectomia

- interventi chirurgici su cuore ed arterie (se non effettuati in strutture attrezzate con "piastra chirurgica")

limite di € 20.000 per intervento in caso di ricovero effettuato in Istituto di Cura non convenzionato e/o personale medico non convenzionato

Pre ricovero (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120 gg al 100% in caso di ricovero in Istituto di Cura convenzionato

Post ricovero (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120 gg / 180 gg in caso di trapianto al 100% in caso di ricovero in Istituto di Cura convenzionato

GRAVI EVENTI MORBOSI (v. allegato) CHE NECESSITINO DI RICOVERO SENZA INTERVENTO O TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE

CONDIZIONI:

DIRETTA - al 100%

RIMBORSO - scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento - **Day Hospital** - scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento

MISTA - struttura diretta 100%

Onorari medici a rimborso - scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento

Day Hospital: scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento

TICKET - al 100%

Trattamento domiciliare o ambulatoriale - 120 gg dopo la diagnosi dell'Evento Morboso ed entro il limite massimo di € 16.000

CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE - limite € 15.000 per evento

Pre ricovero - 60 gg al 100% in caso di ricovero in Istituto di Cura convenzionato

Post ricovero - 120 gg entro il limite massimo di € 16.000

al 100% in caso di ricovero in Istituto di Cura convenzionato

TERAPIE RADIANTI E CHEMIOTERICHE (regime di ricovero, day hospital, ambulatoriale o domiciliare)

CONDIZIONI:

DIRETTA - al 100%

RIMBORSO - scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento - **Day Hospital** - scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento

MISTA - struttura diretta 100%

Onorari medici a rimborso - scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento

Day Hospital: scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento

TICKET - al 100%

GARANZIE ACCESSORIE

CONDIZIONI: al 100%

Indennità sostitutiva per Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi (Ricovero e Day Hospital) - € 200 al giorno - massimo 100 giorni ricovero / anno assicurativo

Assistenza Infermieristica - € 2.600 anno / persona

Trasporto sanitario - € 2.600 anno / persona per ricoveri in tutto il mondo

Apparecchi Protesici - € 5.200 anno / persona purchè conseguenti a sinistro indennizzabile ai termini di polizza e verificatosi durante la validità della polizza

Rimpatrio salma dall'estero - € 5.200 purchè conseguenti a sinistro indennizzabile ai termini di polizza

Prevenzione (v.elenco) - solo per Iscritto e pensionato Inarcassa - una volta all'anno solo in strutture convenzionate

Dread Disease - indennità di € 2.500 - solo per Iscritto e pensionato Inarcassa

Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (facoltativa solo per gli Iscritti Inarcassa) - indennità di € 60.000 - invalidità superiore al 66%

Tutti i massimali sopraindicati nel caso di estensione della garanzia al nucleo familiare divengono unici per nucleo familiare

I massimali delle singole garanzie sono da intendersi come sub-limiti del massimale di € 300.000

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda al Fascicolo Informativo

POLIZZA INTEGRATIVA

ISCRITTI ATTIVI E PENSIONATI

MASSIMALE € 300.000 anno / nucleo

RICOVERI, DAY HOSPITAL CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

CONDIZIONI:

DIRETTA - al 100%

RIMBORSO - scoperto 25% minimo € 750 - massimo € 15.000 per evento

MISTA - struttura diretta 100% - scoperto 25% minimo € 750 - massimo € 15.000 per evento

Trattamento alberghiero - ticket - 100%

Day Hospital: scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento

AMNIOCENTESI E PRELIEVO DEI VILLI CORIALI

RIMOBORSO E FRANCHIGIA - € 200

TICKET - 100%

PARTO NATURALE O ABORTO TERAPEUTICO

ISTITUTO DI CURA NON CONVENZIONATO: limite di € 4.000 anno/nucleo - limite retta degenza non applicabile

comprese nel limite: amniocentesi/villocentes e le due visite specialistiche di controllo post ricovero

ISTITUTO DI CURA CONVENZIONATO: nessun limite

RETTA DEGENZA - limite di € 206,58 per ricoveri in istituto di cura non convenzionato - non applicabile per ricoveri in terapia intensiva

ACCOMPAGNATORE (anche per eventi coperti dalla polizza base) - non previsto in caso di intervento ambulatoriale, parto cesareo, parto naturale o aborto terapeutico:

limite di € 110 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero e applicabile solo per ricoveri in istituto di cura non convenzionata

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

non prevista in caso di intervento ambulatoriale, parto cesareo, parto naturale o aborto terapeutico:

limite di € 100 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero

PRE RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - non previste in caso parto cesareo, parto naturale o aborto terapeutico:

120 gg al 100% in caso di ricovero in Istituto convenzionata

POST RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) parto naturale o aborto terapeutico: previste due visite di controllo

120 gg al 100% in caso di ricovero in Istituto convenzionata

INDENNITÀ SOSTITUTIVA (ricovero - Day Hospital):

€ 200 al giorno - massimo 90 giorni per ricovero - non corrisposta nel caso di rimborso del ricovero nella polizza base

EXTRAOSPEDALIERE

ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA (V. ELENCO) - € 7.700 anno / persona

DIRETTA - 100%

RIMBORSO - scoperto 25% minimo € 100 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia

TICKET - 100%

VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO - € 3.000 anno / persona

DIRETTA - 100%

RIMBORSO - scoperto 25% minimo € 100 per ogni visita, accertamento diagnostico o trattamento fisioterapico

TICKET - 100%

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO - limite di € 500 anno / persona - necessario certificato di Pronto Soccorso

Prevenzione (v. elenco) - una volta all'anno - solo in strutture convenzionate

Cure per il neonato - entro i primi tre mesi di vita

Lenti - € 200 anno / persona

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

PREVENZIONE ODONTOIATRICA - una visita odontoiatrica - una ablazione del tartaro:

una volta all'anno - solo in strutture convenzionate

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI - € 2.500 anno / persona:

osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o mascella, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma

SERVIZI DI CONSULENZA

- Diagnosi comparativa / ricerca specialista più competente / Informazioni sanitarie telefoniche / Prenotazione di prestazioni sanitarie

Pareri medici immediati / Indicazioni sanitarie

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

• **Invio medico**

• **Rientro dal ricovero di primo soccorso** - solo con autoambulanza - limite di 300 Km per evento

• **Trasferimento in centro medico specializzato**

• **Viaggio di un familiare all'estero** - massimo € 103,29 per sinistro

• **Invio medicinali urgenti all'estero** - costo farmaco a carico dell'Assistito

• **Rimpatrio sanitario** - solo a seguito di approvazione del Servizio Medico della Centrale Operativa

Tutti i massimali sopraindicati nel caso di estensione della garanzia al nucleo familiare divengono unici per nucleo familiare

I massimali delle singole garanzie sono da intendersi come sub-limiti del massimale di € 300.000

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda al Fascicolo Informativo

PREMIO A CARICO DELL'ASSOCIATO

Polizza Base "Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi"

€ 500,00 Premio annuo lordo per i familiari indipendentemente dal numero

Polizza Integrativa

€ 1.300,00 Premio annuo lordo per ogni Associato e per ogni familiare

15% Sconto per nucleo composto da 2 persone

20% Sconto per nucleo composto da 3 persone

25% Sconto per nucleo composto da 4 persone

Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

€ 80,00 Premio annuo lordo al solo iscritto Inarcassa



ALLEGATO C - GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA, MISTA E REGIME RIMBORSUALE

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni assicurate da RBM Salute.

Le prestazioni sono garantite attraverso due regimi di erogazione:

- **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;
- **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. Inoltre, l'Assistito a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale all'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

L'Assistito qualora intenda utilizzare anche a rimborso una struttura convenzionata con Previmedical avrà in ogni caso l'obbligo di farsi identificare – mostrando la card RBM Salute-Previmedical – al fine di ottenere l'applicazione del Tariffario CARD convenzionato con la struttura.

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 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 medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia. Dette prestazioni devono essere effettuate esclusivamente presso Centri Medici.

Inoltre, sempre dal sito, previa autenticazione, si accede all'Area Riservata agli iscritti dove è possibile: consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati; compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. A.3).

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Assistiti ai quali preventivamente sono state rilasciate login e password. Segnaliamo altresì che è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA®", 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;
- eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- 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 § II, lett. C., "SEGUI LA TUA PRATICA®".

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa**, quale Service Amministrativo di 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.

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:

- **800.99.17.75 (numero verde);**

- **0039 0422.17.44.217 per chiamate dall'estero.**

In alternativa:

- **0422.17.44.717 via fax**

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

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi. La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta entro 2 giorni lavorativi

LA CENTRALE OPERATIVA È SEMPRE 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**, al numero **+39 0422.17.44.717**, alla Centrale Operativa: certificato medico/prescrizione medica attestante la prestazione ospedaliera da effettuare, contenente la diagnosi e/o il 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 gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

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. La Centrale Operativa invierà alla Struttura Convenzionata, a mezzo fax, telefono o flusso web, l'autorizzazione ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical.

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 potrà essere richiesta all'Assistito l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS.

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 pre-attivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.inarcassa.rbmsalute.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata Online".

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 maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, laboratorio, etc.);

- la provincia ove è ubicata la struttura.

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- 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 appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare online la procedura di pre-attivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata online".

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

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 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 **(+39 0422.17.44.717)** 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 redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano dopo i due giorni 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.

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 di assistenza sanitaria in forma 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.

A.2 LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo A.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, **l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata.**

Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

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..

Previmedical 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).

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

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 (ove previsto dal Piano Sanitario); 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:

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

- **800.99.17.75 (numero verde);**
- **0039 0422.17.44.217 per chiamate dall'estero.**

In alternativa:

- **0422.17.44.717 via fax**
- **assistenza.inarcassa@previmedical.it via mail**

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi.

Resta inteso che l'inoltro della richiesta con un congruo tempo di preavviso (qualche giorno prima della data fissata per la prestazione), permette alla Centrale operativa di garantire uno standard di servizio qualitativamente più elevato e di assicurare il buon esito dell'attivazione anche qualora vi siano iniziali carenze nella documentazione prodotta.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta entro 2 giorni lavorativi

LA CENTRALE OPERATIVA È SEMPRE 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 prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (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.**

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, 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 extraospedaliera a mezzo fax o sms o flusso web. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax, telefono o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, 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" 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 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 pre-attivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.inarcassa.rbmsalute.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili

nella sezione denominata “Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata Online”.

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 maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della Struttura Sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.
- E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:
- la ragione sociale della struttura stessa;
- 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 appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare online la procedura di pre-attivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata “Richiesta assistenza convenzionata online”.

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

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 **(+39 0422.17.44.713)** 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 redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano dopo i due giorni 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 di assistenza sanitaria in forma rimborsuale**, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

B.2 LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo B.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata. Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

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). Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

A.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. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.

Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

In caso di prestazioni di diagnostica la prescrizione deve essere stata predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore abbia anche erogato le prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto;

• **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.

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

• **Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile** in caso di “non autosufficienza”;

• **Certificato del medico oculista**, o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previsto dal Piano Sanitario). Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.

• quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

• **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa dall' Istituto di Cura o dal Centro Medico. 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.

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 **che non siano state timbrate e firmate dal medico o dal centro medico.**

In caso di prestazioni ricevute in Regime Misto, l'Assistito dovrà produrre alla Società anche un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata con cui la stessa attesta l'avvenuto pagamento delle prestazioni erogate dall'Equipe non convenzionata.

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.

A.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.inarcassa.rbmsalute.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)**

A.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ONLINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera A.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà **trasmettere online 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.inarcassa.rbmsalute.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).

A.4 LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

Alternativamente ai modelli di trasmissione sopra descritti l'Assistito, accedendo alla propria area riservata dal sito www.inarcassa.rbmsalute.it (AREA RISERVATA), può accedere alle funzionalità di richiesta online del rimborso. Detta funzionalità consente di effettuare la compilazione del modulo di rimborso con modalità telematiche. La compilazione del modulo è guidata e consente l'indicazione da parte dell'iscritto di tutte le informazioni utili ai fini di procedere alla liquidazione dei rimborsi relativi alle prestazioni effettuate.

Al termine della compilazione online del modulo di rimborso, l'iscritto dovrà procedere alla stampa ed alla sottoscrizione dello stesso ed alla sua



successiva trasmissione unitamente alla documentazione delle spese per le quali viene avanzata richiesta di rimborso.

A seguito della stampa del modulo, la richiesta effettuata (che potrà essere annullata in giornata da parte dell'Assistito) sarà gestita presso la Centrale Operativa, che rimarrà in attesa di ricevere la versione cartacea del modulo, congiuntamente alla prescritta documentazione, per procedere all'avvio della fase liquidativa.

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

B. LA CONSULTAZIONE ONLINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet www.inarcassa.rbmsalute.it (AREA RISERVATA), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione online 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.

C. 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 sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

D. ACCESSO A “GATE 179”

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.inarcassa.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 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.inarcassa.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 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.

E. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE DI RBM SALUTE

Dal 1° gennaio 2015 RBM Salute renderà disponibile una APP Mobile proprietaria 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 Previmedical;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni presso le strutture convenzionate (regime di assistenza diretta).

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione online dei sinistri - AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per accedere ai servizi tramite APP Mobile di RBM Salute, in caso contrario dovranno essere richieste login e password per poter accedere all'Area Riservata.

F. GARANZIE ACCESSORIE

Per accedere alle garanzie accessorie previste dal Piano Sanitario all' Art 31, l'Assistito deve contattare la Centrale Operativa.

 inarcassa

 RBM Salute
L'ASSICURAZIONE SANITARIA INTEGRATIVA

 Previmedical®
Servizi per la Sanità Integrativa

 Cassa RBM Salute
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL S.S.N.

CONTATTI



Da rete fissa e mobile

Numero Verde

800.991.775



Estero +39 0422.17.44.217



Fax +39 0422.0422.17.44.717



Mail assistenza.inarcassa@previmedical.it

