



Brochure Piani Sanitari

Questa brochure è stata predisposta al fine di rendere disponibile un agile strumento esplicativo. In nessun caso può sostituire il Fascicolo Informativo del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. Il Fascicolo Informativo resta pertanto l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

BENVENUTO

La “Brochure” è un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo della copertura sanitaria. All’interno della Brochure trovi l’indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il tuo piano sanitario. Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria. Le prestazioni dei piani sanitari sono prestati dalla società Blue Assistance S.p.A., impegnata nella fornitura di servizi di liquidazione e gestione delle richieste sanitarie e odontoiatriche ai relativi aderenti, operante nella gestione del proprio Network sanitario. Gli assicurati ai piani sanitari, oltre a quanto previsto dalla propria copertura, potranno ottenere tariffe agevolate presso le Strutture sanitarie private della rete Blue Assistance, anche per tutte quelle prestazioni non previste dalle Condizioni Generali di Polizza, acquistando il proprio voucher “My Net”.

COME ACCEDERE ALL’AREA RISERVATA

L’accesso all’Area Riservata è consentito agli Assistenti i quali dovranno preventivamente registrarsi sul sito www.blueassistance.it o tramite l’APP “Blue Assistance”, come da Tutorial presenti nella pagina Assistenza Sanitaria di Inarcassa <https://www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria.html> al fine di:

- consultare l’elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;
- compilare la richiesta di rimborso.
- Compilare la richiesta di diretta
- Consultare le proprie Condizioni di Assicurazione
- Consultare lo stato delle richieste di rimborso/diretta

APP MOBILE di BLUE ASSISTANCE

Con la nuova APP di Blue Assistance in modo semplice ed immediato, è possibile richiedere l’autorizzazione per le prestazioni dirette (in Network) ed inserire le domande di rimborso.

La APP Blue Assistance inoltre consente di verificare in tempo reale lo stato delle pratiche e di rilevare eventuali annotazioni.

Per installare la APP di Blue Assistance è sufficiente effettuare una ricerca su Play Store (Android) o Apple Store (IOS) con la parola chiave “Blue Assistance®” 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
- Informazioni relative alle proprie pratiche
- Ricerca strutture convenzionate anche attraverso il servizio di geo-localizzazione
- Inserimento domanda di rimborso online
- Inserimento richiesta di autorizzazione a prestazione presso strutture convenzionate (Pic on line)

PIANO SANITARIO BASE

ISCRITTI (Copertura Gratuita)

PENSIONATI NON ISCRITTI E NUCLEO FAMILIARE (Adesione Facoltativa)

MASSIMALE € 500.000 anno / nucleo in caso di estensione della copertura al nucleo familiare

RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (v. allegato A)

SPESE PRE RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120 gg

SPESE POST RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120 gg (180 gg in caso di trapianto)

CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE - massimale di € 15.000 per evento

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

SPESE PRE RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 60gg

SPESE POST RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120gg

TRATTAMENTO DOMICILIARE E AMBULATORIALE - 120 gg dopo la diagnosi dell'Evento Morboso ed entro il massimale di € 16.000

Sono comunque sempre garantite, indipendentemente dal momento della prima diagnosi, le prestazioni riferite a malattie oncologiche e a patologie neurologiche degenerative (sclerosi a placche, SLA, tetraplegia, Alzheimer, morbo di Parkinson).

CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE - massimale di € 15.000 per evento

TERAPIE RADIANTI E CHEMIOTERICHE (regime di ricovero, Day Hospital, ambulatoriale o domiciliare)

- FOLLOW UP ONCOLOGICO E SOSPETTO DIAGNOSTICO in strutture convenzionate o SSN

1. delle spese per esami e controlli da follow up oncologici;

2. delle spese sostenute per accertamento diagnostico e/o intervento chirurgico ambulatoriale conseguenti a sospetto diagnostico tumorale (scoperto euro 100).

Massimale € 2.500 per anno:

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA PER ISCRITTI, PENSIONATI ISCRITTI E LORO FAMILIARI

PRESTAZIONE DIRETTA - copertura prestazione al 100%

PRESTAZIONE A RIMBORSO - Istituto di cura: scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento - **Day Hospital**: scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento

PRESTAZIONE MISTA - struttura o personale medico in network: copertura prestazione al 100%; **Onorari medici a rimborso**: scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento

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

TICKET SSN - Rimborso 100%

CONDIZIONI DI COPERTURA PER PENSIONATI NON ISCRITTI E LORO FAMILIARI

PRESTAZIONE DIRETTA o a RIMBORSO- Istituto di cura: scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento - **Day Hospital** - scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento; **Onorari medici a rimborso**: scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento

TICKET SSN - Rimborso 100%

GARANZIE ACCESSORIE

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

Assistenza Infermieristica - € 2.600 anno / assicurativo

Indennità giornaliera da infortunio (solo per iscritti e pensionati iscritti) - €50/al dì per Ricovero, €50/al dì per Ingessatura, €50/al dì per Immobilizzazione

Trasporto sanitario - € 3.500 anno / assicurativo per ricoveri in tutto il mondo

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

Rimpatrio salma dall'estero - € 7.500 in caso di decesso conseguente a sinistro risarcibile in termini di polizza

Prevenzione / Pacchetto Uomo / Pacchetto Donna - solo per assicurato (non estendibile al nucleo) - una volta all'anno solo in strutture convenzionate

Sindrome Metabolica - solo per assicurato (non estendibile al nucleo) – massimale illimitato – solo presso network convenzionato

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

PACCHETTO MATERNITA' E TUTELA MINORI

Pacchetto Maternità - in caso di gravidanza massimale annuo € 1.500 esclusivamente in network convenzionato e previa autorizzazione

Tutela Neonati – i neonati sono assicurati dal momento della nascita per malformazioni e difetti fisici con massimale di € 10.000 per interventi e cure entro un anno dalla nascita

Trisomia 21 (Sindrome di Down) – nei primi tre anni di vita del neonato alla diagnosi di trisomia 21 erogazione di un'indennità di € 1.000 per anno, con un massimo di tre anni consecutivi.

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda al testo del Piano Sanitario Base

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

(facoltativo e a carico degli aderenti)

ISCRITTI E PENSIONATI ISCRITTI (se in copertura al Piano Base)

NUCLEO FAMILIARE (Adesione Facoltativa)

MASSIMALE € 300.000 anno / nucleo

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

diversi da quelli coperto dal Piano Sanitario Base

SPESE PRE RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120gg

SPESE POST RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120gg

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PRESTAZIONE DIRETTA - Istituto di cura: scoperto 10% minimo € 500 - massimo € 7.500 per evento - **Day Hospital**: scoperto 10% minimo € 500 - massimo € 7.500 per evento

PRESTAZIONE A RIMBORSO - Istituto di cura: scoperto 25% minimo € 750 - massimo € 10.000 per evento - **Day Hospital**: - scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 10.000 per evento

TICKET SSN - Rimborso 100%

PARTO E ABORTO

MASSIMALE € 4.000 anno / nucleo

SPESE DURANTE RICOVERO retta di degenza intervento chirurgico e/o assistenza medica, medicinali e cure

SPESE POST RICOVERO - 120gg successivi al parto

PARTO NON CESAREO O ABORTO/POST RICOVERO 2 visite di controllo nei 120 gg successivi al parto

ALTA DIAGNOSTICA

MASSIMALE € 7.700 anno / nucleo

PRESTAZIONE DIRETTA - scoperto 10% minimo € 50 per accertamento o per ciclo di terapia

PRESTAZIONE A RIMBORSO - scoperto 25% minimo € 75 per accertamento o per ciclo di terapia

TICKET SSN - Rimborso 100%

VISITE SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICA ESTESA

Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici rieducativi a seguito di malattia e/o infortunio

MASSIMALE € 3.000 anno / nucleo - sottomassimale fisioterapia € 500 anno / nucleo

PRESTAZIONE DIRETTA - scoperto 10% minimo € 50 per ogni Visita Specialistica, Accertamento Diagnostico o per ogni ciclo di trattamento terapeutico o riabilitativo

PRESTAZIONE A RIMBORSO - scoperto 25% minimo € 75 per ogni Visita Specialistica, Accertamento Diagnostico o per ogni ciclo di trattamento terapeutico o riabilitativo

TICKET SSN - Rimborso 100%

PREVENZIONE ANNUALE – CHECK-UP una volta l'anno in strutture convenzionate

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

PREVENZIONE una volta l'anno in strutture convenzionate: • visita odontoiatrica • una ablazione del tartaro

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI - MASSIMALE € 2.500 anno / nucleo

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

CURE PER IL NEONATO Per i primi tre mesi di vita

LENTI € 200 anno / nucleo

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, ove previsti, sono da intendersi come sub-limiti del massimale di € 300.000.

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda al testo del Piano Sanitario Integrativo.

POLIZZA INFORTUNI FACOLTATIVA

(facoltativa e a carico degli aderenti)

ISCRITTI E PENSIONATI ISCRITTI

La società garantisce le seguenti coperture assicurative per le conseguenze dirette ed esclusive di un infortunio indennizzabile:

1. Morte e morte presunta
2. Invalidità permanente
3. Indennità giornaliera

La garanzia è operante per i soli iscritti ad Inarcassa che già godono della Copertura Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi a carico dell'Associazione e può essere sottoscritta e annualmente rinnovata fino al compimento dei 70 anni di età.

La garanzia non è estendibile ai pensionati non iscritti e ai familiari.

La garanzia è operante a condizione che l'evento – comprovato da certificazione medica e cartella clinica – sia successivo alla data di decorrenza della polizza o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'assicurato. E' facoltà dell'iscritto di aderire a una o più coperture assicurative tra quelle previste e/o optare per massimali superiori.

1. Morte e morte presunta da infortunio

In caso di morte o morte presunta dell'assicurato a seguito di infortunio la Società corrisponde un indennizzo, a seconda del massimale prescelto, pari a € 50.000/100.000/200.000 in parti uguali ai Beneficiari (ovvero agli eredi legittimi e testamentari) dell'assicurato. L'indennizzo è dovuto se la morte dell'assicurato si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di validità della polizza.

2. Invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio che comporti all'assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al 66% la Società corrisponde un indennizzo, a seconda del massimale prescelto, pari a € 50.000/100.000/200.000. L'indennizzo è dovuto se l'invalidità permanente si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di validità della polizza.

3. Indennità integrativa giornaliera da infortunio

In caso di infortunio che comporti un ricovero o una inabilità temporanea (totale o parziale) dell'assicurato dovuta ad ingessatura e/o immobilizzazione la Società corrisponde una indennità giornaliera (diaria) – ad integrazione di quella di cui al punto M delle GARANZIE ACCESSORIE - nel limite di 40 giorni per sinistro (ricovero, ingessatura o immobilizzazione) e di 100 giorni per anno assicurativo.

La liquidazione della diaria giornaliera viene corrisposta con i seguenti criteri e misura:

- Ricovero € 50,00/100,00/200,00 per ciascun giorno di effettiva permanenza nell'istituto di cura (compresi quello iniziale e quello finale);
- Ingessatura € 50,00/100,00/200,00 per ciascun giorno di ingessatura a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione della stessa;
- Immobilizzazione € 50,00/100,00/200,00 per ciascun giorno di effettiva immobilizzazione.

4. Cumulo di indennità

L'Indennizzo per il caso di morte o morte presunta da Infortunio non è cumulabile con l'Indennizzo per il caso di invalidità permanente da Infortunio.

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda al testo del Piano Sanitario Infortuni.

PREMI A CARICO DELL'ASSOCIATO

- **Polizza Base "Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi"**- Premio per estensione garanzie ai familiari indipendentemente dal numero dei componenti:
 - € 462,68 per gli iscritti e pensionati iscritti
 - € 995,00 premio annuo lordo per adesione dei pensionati non iscritti
 - € 995,00 premio annuo lordo per estensioni al nucleo familiare dei pensionati non iscritti

Per i nuovi iscritti e i neo pensionati nel corso del secondo semestre, è dovuto il 50% del premio annuale

- **Polizza Integrativa**
 - € 542,28 premio annuo lordo per ogni assicurato fino al compimento dei 45 anni di età;
 - € 1.074,60 premio annuo lordo per ogni assicurato dai 45 anni e fino al compimento dei 65 anni;
 - € 1.621,85 premio annuo lordo per ogni assicurato dai 65 anni di età.

(i) non è dovuto alcun premio per la copertura di familiari di età fino al compimento del dodicesimo anno; ii) per ciascun componente pagante del nucleo familiare si applica uno sconto del 20 rispetto alla fascia di età di appartenenza.

Per i nuovi iscritti in corso d'anno, il premio è frazionabile in dodicesimi in relazione ai mesi di sottoscrizione.

- **Polizza Infortuni** (iscritti fino ai 70 anni di età)
 - Evento morte o morte presunta
 - € 20,60 con massimale € 50.000,00
 - € 41,20 con massimale € 100.000,00
 - € 82,39 con massimale € 200.000,00
 - Invalidità permanente da infortunio
 - € 30,44 con massimale € 50.000,00
 - € 61,79 con massimale € 100.000,00
 - € 123,57 con massimale € 200.000,00
 - Indennità giornaliera da infortunio
 - € 10,75 con massimale € 50,00
 - € 22,38 con massimale € 100,00
 - € 43,88 con massimale € 200,00

Nuove adesioni in corso d'anno

A seguito di una modifica del proprio status di iscritto o pensionato in corso d'anno è possibile usufruire delle coperture previste dalla polizza sanitaria:

A) Neoiscritto

Il neo iscritto può aderire al Piano Sanitario Integrativo e/o estendere le coperture al nucleo familiare **entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica di iscrizione.**

La copertura decorrerà per tali familiari dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

B) **Neo pensionato** Il neo pensionato, non iscritto a Inarcassa, può aderire *facoltativamente* al Piano Sanitario Base e/o estendere la copertura ai familiari, con pagamento del premio a proprio carico, **entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica di pensionamento.**

La copertura decorrerà per tali familiari dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

C) Cancellazione nel corso del primo semestre

In caso di cancellazione nel corso del primo semestre dell'anno, il neopensionato può aderire *facoltativamente* al Piano Sanitario Base e/o estendere la copertura ai familiari, con pagamento del premio a proprio carico **entro il 30 luglio dell'anno in corso.**

D) Iscritto irregolare

Gli iscritti che regolarizzano la propria posizione entro il 15 aprile di ogni anno possono aderire al Piano Sanitario Integrativo e/o estendere le coperture al nucleo familiare **entro il 31 luglio dell'anno in corso.** La richiesta deve essere **inviata on line sul sito internet di Reale Mutua** completando il **Modulo di Adesione ai Piani Sanitari facoltativi**, il consenso al trattamento dei dati personali e dopo aver effettuato il pagamento del premio annuo, dimostrabile tramite apposita attestazione. La copertura decorrerà per tali familiari dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

Nota Bene. Se l'associato aveva esteso la copertura al nucleo familiare e/o aderito al Piano Sanitario Integrativo, *le coperture (Base e Integrativa) rimangono vigenti per lui e per i familiari fino al 31 dicembre, anche in caso di cancellazione.*

Servizi Virtual Hospital

Pacchetto di servizi Virtual Hospital (opzionale a pagamento), nel quale sono compresi:

- tele e video consulti medici specialistici
- prestazioni mediche a domicilio;
- consegna farmaci a domicilio, nelle città coperte
- network salute e benessere di oltre 3500 strutture diffuse in tutta Italia, con centri medici, odontoiatrici e fisioterapici;
- network di 1.500 strutture di fitness e benessere.

Per poter fruire dei servizi per tutta la famiglia basta aderire dall'Area Riservata compilando il form dedicato ed entro una settimana si riceve un link per il pagamento (con carta di credito) al prezzo convenzionato:

Premio annuo 24,40 euro

Il servizio è fruibile dall'intero nucleo familiare anche in assenza dell'estensione delle altre coperture sanitarie.

Per approfondimento vedi sul sito <http://www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria.html> Presentazione Virtual Hospital.Blue.

CONTATTI

E' a disposizione degli Assistiti la **Centrale Operativa di Blue Assistance** al n. **800 954 450** (per chiamate dall'estero +39 011 7425521):

- **dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì alla domenica**, per la presa in carico di prestazioni in forma diretta in strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**, per prestazioni di assistenza alla persona e consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

È inoltre possibile inviare una e-mail all'indirizzo: assistenza.inarcassa@blueassistance.it

••••