

FAQ SULLA COPERTURA SANITARIA INARCASSA 2022-2025

1. Quali sono i piani sanitari Inarcassa e chi può beneficiarne?

Il Piano Sanitario Inarcassa è articolato su tre livelli di assistenza:

- **Piano Base** per iscritti e pensionati iscritti (in regola con i versamenti) senza limite di età, estendibile a pagamento ai familiari ed ai pensionati non iscritti;
- **Piano Integrativo facoltativo a pagamento** rivolto ai soli iscritti (in regola con i versamenti) senza limite di età, estendibile ai familiari.
- **Piano Infortuni facoltativo a pagamento** rivolto ai soli iscritti (in regola con i versamenti) fino al compimento dei 70 anni di età e non estendibile ai familiari.

2. Il professionista irregolare può beneficiare della copertura assicurativa?

No. L'esclusione riguarda tutti coloro che non risultino in regola alla data del 15 ottobre di ogni anno e con effetto sull'assicurazione dell'anno successivo. Per gli iscritti irregolari alla data del 15 ottobre, è prevista **un'opportunità di rientro in copertura** per il secondo semestre dell'anno, se regolarizzano la loro posizione entro il 15 aprile.

3. Se mi regolarizzo oggi posso ricevere la copertura per un evento avvenuto la settimana scorsa?

No, la copertura **non è retroattiva**. E' possibile regolarizzare unicamente nei termini previsti: **15 ottobre** di ciascun anno per avere la copertura assicurativa **dal 1° gennaio** dell'anno successivo; **15 aprile** di ciascun anno per poter beneficiare della copertura nel **secondo semestre** (dal 1 luglio al 31 dicembre).

4. Le coperture sono gratuite o a pagamento?

La copertura assicurativa del **Piano Base è gratuita per gli iscritti** e a pagamento per i familiari e i pensionati non iscritti. Le adesioni alle coperture integrative e le estensioni ai familiari **sono a pagamento**.

5. Sono previste indennità economiche oltre alle prestazioni sanitarie?

Si. Sono previste le seguenti indennità economiche:

a) indennità sostitutiva del ricovero, in assenza di richiesta di rimborso (100 euro giornalieri fino a un massimo di 100 giorni). La garanzia non opera a favore dei pensionati non iscritti che abbiano aderito volontariamente al Piano Sanitario Base.

b) indennità da infortunio o "indennità gesso" (50 euro giornalieri fino ad un massimo di 40 giorni). La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti Inarcassa fino all'età di 70 anni e non è estensibile al Nucleo familiare. La garanzia non opera a favore dei pensionati non iscritti che abbiano aderito volontariamente alla Polizza Base facoltativa.

c) indennità "dread disease" una tantum di 2.500 euro. La garanzia è operante esclusivamente per gli iscritti. Non è estendibile ai familiari e non opera a favore dei pensionati non iscritti che abbiano aderito volontariamente al Piano Sanitario Base.

6. Per quali eventi viene erogata l'indennità "dread disease"?

L'indennità dread disease, è una copertura presente nel Piano Base, pari a 2.500 euro. Viene erogata al verificarsi di uno dei seguenti eventi: infarto miocardico acuto; ictus cerebrale;

impianto di stent o by pass; angioplastica; insufficienza renale con dialisi; impianto valvolare cardiaco; trapianto di organi.

7. Con quali strutture è possibile ottenere una prestazione sanitaria?

Le prestazioni sanitarie sono erogate:

- in **assistenza diretta** tramite **struttura convenzionata**;
- in **assistenza indiretta** tramite **struttura non convenzionata** con rimborso delle spese sostenute al netto dello scoperto e delle franchigie previste;
- in **regime misto**: quando l'equipe medica non è convenzionata;
- tramite **struttura del Servizio Sanitario Nazionale** con rimborso ticket al 100%.

8. Quale è il massimale assicurativo?

Il massimale assicurativo è di 500.000 euro di spesa per anno e nucleo familiare per il Piano Base, e 300.000 euro per il Piano Integrativo.

9. Posso ottenere le prestazioni all'estero?

Sì. L'assicurazione opera in tutto il mondo, contattando il numero dedicato dall'estero +39.011742.55.21.

10. Ci sono limiti di età alla copertura assicurativa?

La copertura del Piano Base e del Piano Integrativo opera senza limiti di età. Il Piano infortunistico copre gli iscritti fino all'età di 70 anni.

11. Sono garantite le malattie pregresse?

Il Piano Base comprende anche le malattie croniche, recidivanti e le malattie pregresse alla data di decorrenza della polizza, diagnosticate o meno. L'indennità dread disease, prevista nel Piano Base, viene corrisposta a condizione che la data della prima diagnosi dell'evento sia successiva alla data decorrenza della polizza. Il Piano sanitario Integrativo non è operante per stati patologici diagnosticati precedentemente la decorrenza della polizza.

12. Dove posso reperire la documentazione dei piani sanitari?

La documentazione è disponibile sul sito dedicato [di](#) Inarcassa formata da: Piano Sanitario Base, Piano Sanitario Integrativo, Piano Sanitario Infortuni e Guida Operativa per gli associati.

IL PIANO SANITARIO BASE

13. Quali sono le principali prestazioni del Piano Base?

Il Piano sanitario Base comprende **prestazioni sanitarie** connesse a ricoveri per i **Grandi Interventi** indicati nell'Allegato A), **Gravi Eventi Morbosi** indicati nell'Allegato B) e Terapie radianti e chemioterapiche.

Sono previste **prestazioni accessorie**: indennità sostitutiva di ricovero (100 euro giornalieri), indennità infortunio "indennità gesso" (50 euro giornalieri); assistenza infermieristica; trasporto sanitario, apparecchi protesici, rimpatrio salma dall'estero, prevenzione annuale, indennità dread disease (2.500 euro).

14. Sono comprese le prestazioni pre e post ricovero?

Sì. Sono ricomprese le **spese pre e post ricovero** sostenute nei 120 giorni precedenti (60 giorni in caso di gravi eventi morbosi) e nei 120 giorni successivi al ricovero (180 giorni in caso di trapianto) per visite specialistiche e diagnostiche, trattamenti fisioterapici, rieducativi,



esami, medicinali, prestazioni mediche, infermieristiche, cure termali, escluse le spese alberghiere.

15. Sono comprese le prestazioni ambulatoriali o in Day Hospital?

Si. Sono previste in garanzia le prestazioni relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in regime ambulatoriale e Day Hospital o assimilato (Day Surgery e Day Service e M.A.C. (macroattività ambulatoriale complessa)).

16. Sono comprese le prestazioni domiciliari?

Si. In caso di gravi eventi morbosi sono previsti trattamenti domiciliari entro un limite massimo di euro 16.000 per evento.

17. Sono comprese cure palliative o terapie del dolore?

Si. E' prevista la copertura di spese fino a 15.000 euro per evento con o senza ricovero.

LA PREVENZIONE ANNUALE O CHECK-UP

18. Il piano sanitario prevede servizi di prevenzione o check up?

Si. Una volta l'anno l'iscritto può beneficiare di un check-up gratuito e delle forme previste.

19. Per usufruire del check-up è necessaria la prescrizione medica?

Non è necessaria alcuna prescrizione medica. La prevenzione viene erogata a semplice richiesta dell'iscritto attivabile tramite l'**Area Riservata** del sito dedicato o tramite la **Centrale Operativa 800.954.450**.

20. Chi può fruire del pacchetto prevenzione?

La prevenzione è riservata agli iscritti e ai pensionati non iscritti che hanno aderito al piano facoltativo. E' esclusa per i familiari.

21. Sono previsti pacchetti di prevenzione specifici per le donne o per gli uomini

Si. La prevenzione comprende pacchetti specifici aggiuntivi gratuiti per le donne e per gli uomini e per l'accertamento della sindrome metabolica, Dal 01 gennaio 2022 ciascun assicurato (iscritto e componenti del nucleo) può fruire del pacchetto prevenzione odontoiatrico, una volta l'anno.

IL PIANO SANITARIO INFORTUNI

22. Il piano sanitario offre una protezione contro gli infortuni?

Si. Il Piano Infortuni offre una copertura **facoltativa e a pagamento** per tutti gli **iscritti fino a 70 anni** di età in caso di un infortunio che comporti:

- A. Morte e morte presunta;
- B. Invalidità permanente da infortunio che comporti una menomazione superiore al 66%;
- C. Ricovero, ingessatura e/o immobilizzazione.

L'iscritto può aderire facoltativamente al Piano sanitario infortuni, sottoscrivendo relativo Piano Sanitario Infortuni (con una ampia scelta di massimali e con pagamento di un premio a proprio carico).

23. In cosa consiste la copertura infortuni?

Il Piano sanitario copre in caso di infortunio i seguenti eventi:



- a) **morte o morte presunta dell'Assicurato ed è prevista la corresponsione di un Indennizzo** che, a seconda del Massimale prescelto al momento dell'adesione al Piano sanitario, è pari ad euro **50.000, 100.000 o 200.000**.
- b) **invalidità permanente dell'Assicurato di grado superiore al 66%, ed è prevista la corresponsione di un Indennizzo** che a seconda del Massimale prescelto al momento dell'adesione al Piano Sanitario è pari ad euro **50.000, 100.000 o 200.000**.
- c) **Ricovero, l'ingessatura e/o l'Immobilizzazione, ed è prevista la corresponsione di una indennità giornaliera (diaria) – ad integrazione di, e quindi in aggiunta alla Indennità Giornaliera da Infortunio di cui all'art. 2, lettera M “Garanzia Base Indennità Giornaliera da Infortunio” della polizza collettiva PIANO SANITARIO “BASE” – che a seconda del Massimale prescelto al momento dell'adesione al Piano sanitario, è pari a euro 50, 100, 200.**

24. La copertura infortuni può essere estesa ai familiari dell'iscritto e ai pensionati?

No. La copertura è esclusa per i familiari e per i pensionati non iscritti.

25. L'indennità sostitutiva da ricovero e da infortunio sono cumulabili con l'inabilità temporanea assoluta?

No. Le indennità **non sono tra loro cumulabili**.

IL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

26. Quali sono le principali prestazioni del piano integrativo

Il Piano Integrativo comprende ulteriori coperture sanitarie, tra cui: **tutti i tipi ricovero o Day Hospital con o senza intervento; assistenza infermieristica, retta dell'accompagnatore; prestazioni di alta diagnostica e visite specialistiche extraricovero, parto ed aborto (compresa amniocentesi), cure del neonato (primi tre mesi), acquisto lenti, prevenzione e interventi odontoiatrici**, le ultime due con alcune limitazioni.

27. Quali sono le limitazioni per acquisto lenti e interventi odontoiatrici?

Il Piano sanitario Integrativo prevede la copertura delle spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di € 200,00 per nucleo familiare. Per attivare la richiesta è necessaria la prescrizione del medico oculistico attestante la patologia (es. miopia, astigmatismo) e la variazione del visus, garanzia fruibile anche in forma diretta. Il Piano sanitario inoltre prevede il rimborso delle spese sostenute, nel limite di € 2.500 per anno assicurativo e per nucleo familiare, per gli interventi chirurgici odontoiatrici conseguenti a particolari patologie (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari e radicolari, adamantinoma, odontoma). Sono coperti dal Piano sanitario anche gli interventi di implantologia dentale.

E' garantita inoltre una volta l'anno e in centri convenzionati una visita odontoiatrica e una ablazione del tartaro.

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI IN ASSISTENZA DIRETTA

28. Come posso accedere all'assistenza medica diretta senza alcun anticipo di spesa?

Per accedere ad una prestazione sanitaria presso il network di Blue Assistance (assistenza diretta) prima di contattare la Centrale Operativa occorre accertarsi di:

- A. **avere già la prescrizione**, rilasciata dal tuo medico, contenente l'indicazione della prestazione da effettuare e il **quesito diagnostico o la patologia**;



- B. avere già scelto la **struttura sanitaria convenzionata** presso la quale effettuare la prestazione;
- C. avere già fissato, con la struttura sanitaria convenzionata, l'**appuntamento** per effettuare la prestazione sanitaria;

D. a questo punto si accede all'Area Riservata, alla App di Blue Assistance o chiamare il **n. verde 800.954.450** comunicando, con un preavviso di almeno **48 ore lavorative** dall'appuntamento:

- a. la prestazione da eseguire;
- b. il quesito diagnostico o la patologia;
- c. il nome della struttura convenzionata; data ed ora dell'appuntamento;

E. sarà comunicata a mezzo **sms/email** l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con te il giorno dell'appuntamento.

29. Ma in caso di urgenza medico sanitaria, come posso fare?

Per prestazioni relative a **patologie/malattie in fase acuta** o in caso di **infortunio** è attivabile la **procedura d'urgenza** che consente di usufruire delle prestazioni in network **senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative**. E' sufficiente contattare il **numero verde 800.954.450** della Centrale Operativa.

30. La prescrizione medica è sempre necessaria?

Si. Non è tuttavia necessaria per prenotare il check-up.

31. La prescrizione medica va fatta su ricetta bianca o ricetta rossa?

La prescrizione medica può essere fatta indipendentemente su ricetta rossa (medico ASL) o su ricetta bianca.

32. Dove posso trovare l'elenco delle strutture e degli operatori sanitari convenzionati?

Sul sito di Blue Assistance alla voce **Network** è possibile consultare l'elenco dei soggetti convenzionati in tutta Italia per ogni singola provincia.

33. E' possibile attivare il convenzionamento di una nuova struttura o di un medico?

È data l'opportunità a tutti gli assistiti di segnalare medici e/o strutture sanitarie di eccellenza non rientranti nel Network, affinché ne sia valutata il possibile convenzionamento. E sufficiente proporre la candidatura A Blue Assistance compilando il form on line sul sito www.blueassistance.it nella sezione "NETWORK/VUOI FAR PARTE DEL NOSTRO NETWORK?"

RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN ASSISTENZA INDIRETTA E DELLE INDENNITA' ECONOMICHE

34. Come posso ottenere il rimborso delle spese mediche sostenute?

Per ottenere il rimborso occorre accertarsi di:

- A. avere a disposizione la **documentazione medica**:
- **prescrizione** con indicazione del **quesito diagnostico** e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire il referto di Pronto Soccorso;
 - **cartella clinica completa** e **scheda di dimissione** ospedaliera (SDO) in caso di ricovero o Day Hospital in conformità a quanto descritto nella tabella documentazione utile per il rimborso nel Piano Sanitario base e integrativo;
- B. avere a disposizione la **documentazione di spesa quietanzata** (parcella, fattura) con l'applicazione, ove previsto, dell'imposta di bollo;



Si può chiedere il rimborso mediante:

- **l'Area Riservata** o la **App di Blue Assistance**, allegando copia o foto della documentazione indicata ai punti A e B;
- compilando il **modulo cartaceo** disponibile sul sito [di Blue Assistance](#), allegando copia della documentazione indicata ai punti A e B in conformità a quanto descritto nella tabella documentazione utile per il rimborso nel Piano Sanitario base e integrativo.

35. Come posso chiedere la liquidazione delle indennità economiche (indennità sostitutiva di ricovero, da infortunio "indennità gesso" dread disease)?

La richiesta va inoltrata seguendo le indicazioni di cui al punto precedente. In caso di infortunio "indennità gesso" oltre al referto di Pronto Soccorso o certificazione equivalente occorre allegare anche certificazione che attesti l'inizio e la fine del periodo di ingessatura/ o di immobilizzazione e del divieto di carico.

36. A quanto ammonta e per quale periodo spetta la diaria sostitutiva di ricovero?

La diaria sostitutiva di 100 euro spetta per ogni giorno di ricovero (compresi quello iniziale e quello finale) per un massimo di 100 giorni per ricovero, fermo restando il diritto al rimborso delle spese pre e post ricovero.

37. Quale è il termine per chiedere il rimborso?

Il termine per ottenere il rimborso di una prestazione è di 180 giorni dalla data di dimissione del ricovero o Day Hospital o, in assenza di ricovero, dal giorno in cui è effettuata la prestazione.

38. Entro quando tempo la Compagnia provvede al rimborso?

La Compagnia assicurativa è tenuta a liquidare il sinistro entro 60 giorni dalla presentazione dell'intera documentazione richiesta.

39. E' possibile ottenere un anticipo della liquidazione?

In caso di ricovero in struttura non convenzionata è possibile chiedere un anticipo fino ad un **massimo del 70%** della spesa preventivata inoltrando la relativa richiesta a Blue Assistance.

SCOPERTI, LIMITI E FRANCHIGIE

40. Le prestazioni sono soggette a scoperti, limiti e franchigie?

Se si utilizzano le strutture e/o medici del network convenzionato le prestazioni del Piano Base sono riconosciute al 100% senza franchigie e scoperti, comprese le spese pre e post ricovero, tranne che per i pensionati non iscritti. Il ricorso a strutture non convenzionate o la mancata prenotazione comporta l'applicazione di uno scoperto del 10% con franchigie minime e massime a seconda delle prestazioni.

Le prestazioni del Piano Integrativo sono sempre soggette ad uno scoperto del 10% (con franchigie minime e massime a seconda della prestazione), elevato al 25% in caso di utilizzo di strutture non aderenti al network convenzionato.

Per alcune forme di copertura, nel caso di prestazione presso strutture non convenzionate, vi sono specifici sotto limiti di spesa.



MODALITA' DI ADESIONE AI PIANI SANITARI

41. Quale è il termine e la modalità per aderire ai piani sanitari facoltativi?

La copertura annuale al Piano Base è **automatica e gratuita** per tutti gli iscritti e i pensionati iscritti in regola con gli obblighi dichiarativi e contributivi previdenziali verso la cassa. " Per aderire ai Piani Sanitari facoltativi è sufficiente cliccare il link [*Modulo di Adesione ai Piani Sanitari facoltativi*](#) e inviarlo sottoscritto all'indirizzo email [*inarcassa@genuass.com*](mailto:inarcassa@genuass.com) entro il **28 febbraio** di ciascun anno.

Le Garanzie dei Piani sanitari operano con decorrenza dalle ore 00:00 del 01 gennaio e fino alle ore 24:00 del 31 dicembre per tutti gli Assicurati (ivi inclusi i componenti del Nucleo Familiare in caso di estensione contestuale delle Garanzie) che vi **aderiscano entro il 28 febbraio**, sempre che a tale data **sia stato interamente versato il Premio dovuto**. In tal caso, la copertura **decorre in forma rimborsuale secondo il regime dell'assistenza indiretta** dalle ore 00:00 del 01 gennaio mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di Assistenza diretta **verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso del Premio da parte della Società**.

42. Quale è il termine di adesione per neoiscritti e pensionati in corso d'anno?

Il neoiscritto o neopensionato può aderire al Piano Integrativo e/o estendere le coperture al nucleo familiare **entro la fine del mese successivo** a quello di invio della notifica di iscrizione o di pensionamento. La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

43. Quale è il termine per il professionista irregolare per essere riammesso in copertura assicurativa?

L'iscritto che regolarizza la propria posizione entro il 15 aprile sono riammessi in copertura per il secondo semestre dell'anno.

I PREMI PER LE COPERTURE FACOLTATIVE

44. Quanto costa aderire alle coperture facoltative?

A) Premio annuo per l'adesione al **Piano sanitario Base**:

- **pensionato non iscritto** € 995,00. Per l'eventuale solo secondo semestre è dovuto il 50% del premio annuale;
- **nucleo familiare**, indipendentemente dal numero dei componenti, € 462,68. Per l'eventuale solo secondo semestre è **dovuto il 50% del premio annuale**;
- per le estensioni al **nucleo familiare dei pensionati non iscritti** il premio annuo lordo è pari ad euro 995,00. Per l'eventuale solo secondo semestre è dovuto il 50% del premio annuale.

B) Premio annuo per l'adesione al **Piano sanitario Integrativo** per l'iscritto o per ciascun familiare:

- Età fino a 45 anni € 542,28;
- Età superiore a 45 anni e fino a 65 anni € 1.074,60;
- Età superiore a 65 anni € 1.621,85.

Qualora l'Assicurato intenda estendere le coperture del Piano Sanitario al Nucleo familiare, tale estensione opererà **obbligatoriamente** per tutti i suoi componenti. Ai fini dell'estensione il premio dovuto per ciascun familiare è stato scontato del 20% rispetto a quello dovuto



dall'assicurato in relazione alla rispettiva età anagrafica. I Figli fino a 12 anni sono inseriti in copertura gratuitamente

Nel caso di neoiscritto il premio individuale è frazionabile in dodicesimi in relazione ai mesi di copertura nell'anno.

C) Premi per l'adesione al **Piano infortuni**:

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

SERVIZI TELEMATICI E APP

45. Come posso registrarmi all'area riservata di Blue Assistance?

Occorre accedere al sito www.blueassistance.it e registrarsi sull'area riservata inserendo:

- **Codice fiscale** (IN MAIUSCOLO)
- **Password**: nel primo accesso inserire la propria password.

46. Come posso utilizzare la APP di Blue Assistance?

Per accedere alla APP di Blue Assistance occorre utilizzare le stesse credenziali.

47. Quali servizi sono fruibili tramite l'Area Riservata on line e l'APP dedicata?

E' possibile accedere ai servizi di:

- ricerca delle strutture sanitarie
- richiesta delle domande di rimborso
- controllo dello stato delle pratiche
- richiesta delle prestazioni in forma diretta

C O N T A T T I

48. Come posso contattare la Centrale Operativa di Blue Assistance?

La Centrale Operativa di Blue Assistance al **numero verde 800 954 450** (per chiamate dall'estero +39 011 7425521) è a disposizione degli Assistenti:

- **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 per consigli



medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Per tutte le ulteriori informazioni è inoltre possibile inoltrare una email al seguente indirizzo:

- assistenza.inarcassa@blueassistance.it

