



**GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE REGIME
DI ASSISTENZA DIRETTA, MISTA E REGIME
RIMBORSUALE**

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 Reale Mutua Assicurazioni.

Le prestazioni sono garantite attraverso due regimi di erogazione:

- a) assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Blue Assistance S.p.A., 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 Blue Assistance S.p.A., ma l'équipe medica non lo fosse (**c.d. Prestazioni Miste**), con riferimento agli onorari dell'équipe non convenzionata Blue Assistance S.p.A., la liquidazione avverrà secondo la modalità indicata al punto b). Qualora la Convenzione con l'Assicuratore riguardi il personale sanitario e non anche l'Istituto di Cura, è previsto il rimborso integrale delle spese relative al personale medico mentre il rimborso delle spese dell'Istituto di Cura avviene secondo i limiti del regime di Assistenza Indiretta.

Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal Piano Sanitario:

- b) assistenza sanitaria rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie o medici specialisti, liberamente scelti 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.

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 / Day Hospital (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.

Tutte le prestazioni sanitarie/odontoiatriche o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura ed il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assicurato.

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Assistiti 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

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

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b) eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta, che verrà inviata entro 10 giorni dall'apertura del sinistro;
- c) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- d) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso, con indicate le motivazioni del rigetto.

LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E MISTA

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

RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (ove previsto dal Piano Sanitario)

PRIMA DELLA PRESTAZIONE SANITARIA

L'AUTORIZZAZIONE

Prima di effettuare una prestazione sanitaria, l'Assistito deve contattare preventivamente Blue Assistance, tramite l'accesso alla propria area riservata del sito o dell'APP, in alternativa contattando la Centrale Operativa,

per ricevere 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:

- 800954450;

- 0039 0117425521 per chiamate dall'estero.

In alternativa:

- assistenza.inarcassa@blueassistance.it via mail

L'autorizzazione va richiesta con un preavviso di almeno 48 ore, salvi i casi di urgenza.

Blue Assistance garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta entro 24 ore.

L'Assistito, per ricevere l'autorizzazione alla prestazione in forma diretta, dovrà fornire le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione;
- data della prestazione.
- certificato medico/prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) attestante la prestazione sanitaria da effettuare, contenente la diagnosi e/o il quesito diagnostico.
- il referto del Pronto Soccorso, o certificazione medica equivalente 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 da Blue Assistance 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. Blue Assistance invierà alla Struttura Convenzionata, a mezzo flusso web, l'autorizzazione ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Blue Assistance.

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 da Blue Assistance.

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

MANCATA ATTIVAZIONE DI BLUE ASSISTANCE

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva di Blue Assistance, 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.

LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo, 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 e-mail o sms della prenotazione effettuata.

DOPO LA PRESTAZIONE SANITARIA

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..

Blue Assistance 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, referti e cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota). L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

PREVENZIONE – CHECK UP:

La suddetta garanzia viene prestata esclusivamente in forma diretta.

Pertanto, la Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione annuale, una volta l'anno, in strutture del Network, scelte dall'Assicurato fra quelle adeguatamente attrezzate, **senza necessità di prescrizione medica**, in regime di assistenza diretta, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa. La garanzia non è estensibile al Nucleo familiare.

La Società mette a disposizione, per la prevenzione annuale e per quella oncologica, almeno una struttura per ciascuna provincia o Ente territoriale equiparato.

Le prestazioni previste possono essere effettuate in più giorni ed in strutture diverse.

L'invio della richiesta di autorizzazione deve pervenire a Blue Assistance almeno 48 ore prima dall'inizio del trattamento.

PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Ciascun Assicurato (iscritto e componenti del nucleo familiare) può effettuare una seduta di igiene orale per anno assicurativo presso centri odontoiatrici convenzionati con Blue Assistance. La prestazione potrà essere fruita in forma diretta – previa prenotazione – restando a carico dell'Assicurato unicamente l'importo della **franchigia di euro 35** da saldare presso la struttura prescelta al momento di fruizione della prestazione.

- Autorizzazione della prestazione

L'assistito che vuole accedere alla prevenzione odontoiatrica deve preventivamente (almeno 24 ore prima dell'appuntamento) contattare Blue Assistance utilizzando App dedicata/Web (Area Riservata) o Numero verde 800.954450 (+39 0117425521 per chiamate dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere con la prestazione.

Blue Assistance invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico, autorizzando la prestazione. L'Assistito riceverà l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, da portare con sé il giorno dell'appuntamento.

Per l'effettuazione della prestazione non è necessario disporre della prescrizione medica.

LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA RIMBORSUALE

COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito non appena avrà 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:

Documentazione medica

- A. prescrizione (compresa la prescrizione medica elettronica) del medico curante o specialista con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso (o certificazione equivalente), in quanto deve essere oggettivamente documentabile. Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.
- B. Per ottenere il rimborso delle spese sostenute in regime di assistenza indiretta o presso il SSN e relativamente **alle prestazioni previste dal Piano Base**, l'assicurato deve inviare alla Società la denuncia di sinistro corredata dalla seguente documentazione:

Tipo prestazione	Documentazione utile per il rimborso
1) Indennità sostitutiva di ricovero per GIC e GEM	
1.1 ricovero fino a 10 giorni di degenza	SDD (scheda di dimissione ospedaliera)
1.2 ricovero oltre 10 giorni di degenza	Cartella clinica
2) Indennità giornaliera da infortunio	SDD (o certificazione equivalente) o certificato Pronto soccorso o certificazione medica equivalente al Pronto soccorso.
3) Dread Disease	SDD (scheda di dimissione ospedaliera)
4) Spese sostenute pre e post ricovero G.I.C. e G.E.M., domiciliari e ambulatoriali:	
4.1 Visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari	Certificazione attestante la diagnosi dell'evento morboso, oppure certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga) oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
4.2 Prestazioni riferite a malattie oncologiche e a patologie degenerative e/o irreversibili dell'apparato neurologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
4.3 Terapie radianti, chemioterapiche, follow-up oncologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
4.4 Cure palliative e terapia del dolore	Certificazione attestante la diagnosi dell'evento morboso, oppure certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
5) Assistenza infermieristica	SDD e prescrizione medica; in caso di infortunio: certificazione medica equivalente al Pronto soccorso e la prescrizione medica
6) Trasporto sanitario	SDD; in caso di infortunio: certificazione medica equivalente al Pronto soccorso
7) Apparecchi protesici	Prescrizione medica
8) Rimpatrio di salma	Referto autoptico che certifichi la morte, oltre al verbale delle autorità in caso di decesso per infortunio

- C. Per ottenere il rimborso delle spese sostenute in regime di assistenza indiretta o presso il SSN e relativamente alle **prestazioni previste dal Piano Integrativo**, l'assicurato deve inviare alla Società la denuncia di sinistro corredata dalla seguente documentazione:

Tipo prestazione	Documentazione utile per il rimborso
1) Indennità sostitutiva di ricovero per GIC e GEM	
1.1 ricovero fino a 10 giorni di degenza	SDD (scheda di dimissione ospedaliera)
1.2 ricovero oltre 10 giorni di degenza	Cartella clinica
2) Spese sostenute pre e post ricovero G.I.C. e G.E.M., domiciliari e ambulatoriali:	
2.1 Visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari	Certificazione attestante la diagnosi dell'evento morboso, oppure certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga) oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
2.2 Prestazioni riferite a malattie oncologiche e a patologie degenerative e/o irreversibili dell'apparato neurologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
2.3 Terapie radianti, chemioterapiche, follow-up oncologico	Certificazione attestante la patologia oncologica (esenzione 048 o altra documentazione analoga), oppure certificazione medica attestante la patologia degenerativa dell'apparato neurologico
3) Trasporto sanitario	SDD; in caso di infortunio: certificazione medica equivalente al Pronto soccorso

Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

- D. In caso di **Infortunio coperto dalla Polizza Integrativa Infortuni**:

Garanzia indennità sostitutiva: il referto del Pronto Soccorso, o certificazione medica equivalente nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. In caso di applicazione di apparecchio gessato, la natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata devono essere provati da documentazione medica dedicata e in caso di ricoveri superiori ai 10 giorni da cartella clinica e da S.D.O nei limiti dei 10 giorni di degenza.

Garanzia invalidità permanente da infortunio: copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri/interventi subiti; certificati medici attestanti lo stato di salute rilasciati dai vari professionisti ai quali si è rivolto; certificato medico attestante la guarigione clinica intesa come la fine delle cure.

Garanzia indennità da morte o morte presunta:

- Descrizione delle modalità dell'infortunio. Rammentiamo che la polizza in oggetto garantisce l'evento mortale conseguente ad infortunio come definito in polizza;
- Documentazione medica da cui si evincano le cause del decesso: autopsia (se eseguita); relazione primo intervento di soccorso; eventuale cartella clinica – se c'è stato ricovero;
- Nulla osta al seppellimento;
- Estratto del fascicolo del procedimento penale e verbale delle Autorità intervenute dai quali risulti con chiarezza la dinamica del sinistro.

Qualora il sinistro risulti indennizzabile ai sensi di polizza saranno necessari i seguenti ulteriori documenti:

- Certificato di morte;

- Stato di famiglia aggiornato alla data dell'evento;
- Decreto del Giudice Tutelare del luogo di residenza, con clausola di esonero di responsabilità della Società circa il reimpiego della/e quota/e, se presenti minori in famiglia;
- Dichiarazione sostitutiva di notorietà da cui risulti l'assenza di testamento e l'identificazione degli eredi.

E. Documentazione prestazioni extraricovero

- relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di **Intervento Ambulatoriale**, con eventuale referto istologico, se eseguito;
- certificato del medico oculista, o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di **acquisto lenti** (ove previsto dal Piano Sanitario).
- le richieste di rimborso **per cure dentarie** (ove previsto dal Piano Sanitario) dovranno essere presentate al termine del piano di cura.
- copia del tesserino "esenzione 048" in caso di **prestazioni oncologiche di follow-up** (visite, accertamenti, ecc.);
- in caso di **trattamenti fisioterapici** (ove previsto dal Piano Sanitario): prescrizione dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata; indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione;

F. 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.

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.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

1. Certificato di morte dell'assicurato;
2. Copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire);
3. In assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;

4. Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
5. Fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
6. Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE TELEMATICA O TRAMITE APP

L'Assistito, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.blueassistance.it o tramite App.

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.

Per ogni informazione è possibile consultare i tutorial dedicati sul sito di Inarcassa alla voce Assistenza Sanitaria <https://www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria.html>.

LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

In alternativa alla modalità on-line telematica, l'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.blueassistance.it 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:

Blue Assistance

Ufficio Rimborso Spese – Via Santa Maria 11

10122 – Torino (TO)

SINTESI DELLE CONDIZIONI DI COPERTURA

Fermo restando quanto disciplinato nei normativi di polizza, le prestazioni sono indennizzate entro il massimale di € 500.000,00 Anno/Nucleo **relativamente al Piano Base con le seguenti limitazioni:**

Tabella 1 – Scoperti per Iscritti e Nucleo Familiare

N.	Tipo	GARANZIA	SCOPERTO	SCOPERTO MINIMO	SCOPERTO MASSIMO
1	R	Ricovero in Istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
2	R	Ricovero in Istituto di cura convenzionato	nulla	nulla	nulla
3	R	Ricovero in Istituto di cura non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00
4	DH	Day-Hospital in istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
5		Day-Hospital in istituto di cura convenzionato	nulla	nulla	nulla
6		Day-Hospital in istituto di cura non convenzionato	10%	€ 50,00	€ 250,00
7		Personale medico a carico SSN	nulla	nulla	nulla
8		Personale medico convenzionato	nulla	nulla	nulla
9		Personale medico non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00

Tabella 2 - Scoperti per Pensionati non iscritti e relativo nucleo

N.	Tipo	GARANZIA	SCOPERTO	SCOPERTO MINIMO	SCOPERTO MASSIMO
1	R	Ricovero in Istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
2	R	Ricovero in Istituto di cura convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00
3	R	Ricovero in Istituto di cura non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00
4	DH	Day-Hospital in Istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
5		Day-Hospital in Istituto di cura convenzionato	10%	€ 50,00	€ 250,00
6		Day-Hospital in istituto di cura non convenzionato	10%	€ 50,00	€ 250,00
7		Personale medico a carico SSN	nulla	nulla	nulla
8		Personale medico convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00
9		Personale medico non convenzionato	10%	€ 750,00	€ 2,500,00

Fermo restando quanto disciplinato nel normativo del Piano sanitario integrativo le prestazioni sono indennizzate **entro il massimale di € 300.000,00 Anno/Nucleo con le seguenti limitazioni**

Tabella 3 - Scoperti per Piano Integrativo

N.	Tipo	GARANZIA	SCOPERTO	SCOPERTO MINIMO	SCOPERTO MASSIMO
1	R	Ricovero in Istituto di cura a totale carico SSN	nulla	nulla	nulla
2	R	Ricovero in Istituto di cura convenzionato	10%	€ 500,00	€ 7,500,00
3	R	Ricovero in Istituto di cura non convenzionato	25%	€ 750,00	€ 10,000,00
4	AD	Prestazioni Alta Specializzazione in Istituto di cura convenzionato	10%	€ 50,00	nulla
5		Prestazioni Alta Specializzazione in Istituto di cura non convenzionato	25%	€ 750,00	nulla
6		Visite accertamenti in Istituto di cura convenzionato	10%	€ 50,00	nulla
7		Visite accertamenti in Istituto di cura non convenzionato	25%	€ 75,00	nulla

Assistenza per la Salute

800 954 450

dall'Italia

+39 011 742 5521

dall'estero

dalle ore 08.00 alle ore 20.00 dal lunedì alla domenica

24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per le prestazioni di assistenza

assistenza.inarcassa@blueassistance.it