

GUIDA AI PIANI SANITARI DEDICATI ALLA CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO




CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO


Salute
L'ASSICURAZIONE SANITARIA INTEGRATIVA

I PARTNER PER LA SANITÀ INTEGRATIVA



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.



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.



SINTESI DELLE PRESTAZIONI

GARANZIA "A" valida per il solo titolare

MASSIMALE: € 400.000 annui

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (ELENCO I)

RICOVERI SENZA INTERVENTO PER GRAVI EVENTI MORBOSI

E GRAVI EVENTI MORBOSI CHE NECESSITANO TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE (ELENCO II)

Condizioni di liquidazione

Diretta: al 100%

Rimborso - Notai in esercizio: scoperto 20% minimo € 1.500 per sinistro

- **Titolari di pensione:** scoperto 25% minimo € 3.000 per sinistro

Forma Mista: costi di struttura medesime regole previste dall'assistenza diretta

onorari medici medesime regole previste per l'assistenza rimborsuale

Ticket / Trattamento alberghiero: al 100%

Pre ricovero: 125 gg (100 gg in caso di grave evento morboso)

Post ricovero: 155 gg (180 gg in caso di trapianto, 120 gg in caso di grave evento morboso)

Condizioni di liquidazione

Diretta: 100%

Rimborso: scoperto 20% entro il massimale annuo di € 3.000

Ticket: 100%

Accompagnatore: € 100 al giorno - massimo 30 giorni

Assistenza Infermieristica Individuale: limite di € 3.900 anno

Trasporto assicurato e accompagnatore

Italia e stati della UE limite di € 3.000 per ricovero

Resto del mondo limite di € 6.000 per ricovero

Acquisto, noleggio e manutenzione apparecchi protesici, terapeutici e sanitari:

limite di € 5.500 anno

Cure palliative e terapie del dolore: limite di € 15.000 per evento

Costi funerari e rimpatrio salma solo in caso di decesso all'estero:

limite di € 10.000 anno

Indennità sostitutiva: € 155 al giorno - massimo 180 giorni anno/assistito (franchigia 2 gg.)

€ 50 al giorno per ricoveri e Day Hospital pre e post intervento

Pre/post: Secondo i limiti temporali dei suindicati articoli e con l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti per i "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI"

Ticket: al 100%

Indennità per grave invalidità permanente da infortunio: in caso di invalidità permanente

di grado superiore al 66%: indennizzo € 60.000

CURE ONCOLOGICHE

Prestazioni mediche ed infermieristiche, esami ed accertamenti diagnostici, cure,

trattamenti e terapie comprensive di eventuale Day Hospital o ricovero:

limite di € 50.000 anno

Condizioni di liquidazione: 100% entro il limite annuo di € 50.000

in caso di esaurimento del limite massimo suindicato (€ 50.000) verranno applicati scoperti

previsti per i "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI" e scoperti e

franchigie del piano sanitario B qualora sottoscritto

FOLLOW UP ONCOLOGICO

Prestazioni diagnostiche previste dai protocolli di osservazione:

limite di € 10.000 anno

Condizioni di liquidazione: al 100%

COPERTURA PER NON AUTOSUFFICIENZA

Condizioni di liquidazione: limite di € 250,00 al mese per tutto il periodo di non

autosufficienza ed entro il termine di validità della polizza

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo dell'indennizzo.

A. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

A.1 Beneficiari delle Prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario sono rivolte, con esclusione del relativo Nucleo familiare, ai:

- Notai in esercizio;
- Notai in pensione;
- Altri titolari di pensione notarile;
- Personale in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato.

A.2 Ambito di applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo punto A.5 "Prestazioni sanitarie garantite" del presente Piano Sanitario, è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/i;
- senza limiti di età;
- senza limitazioni territoriali;
- senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni sanitarie che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente Piano Sanitario. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dalla Cassa nel rispetto di quanto disposto dal presente Piano Sanitario.

A.3 Massimale

Euro 400.000,00 per anno.

A.4 Scoperto

L'indennizzo delle spese di cui al successivo punto A.5 "Prestazioni Sanitarie garantite" prevede:

A.4.1 In caso di Prestazioni effettuate **in assistenza diretta**, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati **senza applicazione di alcuno scoperto**. Parimenti non saranno soggette a scoperto le spese relative alle prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza diretta nel pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali.

A.4.2 In caso di prestazioni effettuate **in assistenza indiretta**, vale a dire in strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al **20%** con un minimo di **€ 1.500,00** per sinistro a carico dell'Assistito; nel caso di Assistiti pensionati verrà applicato uno scoperto pari al **25%** con un minimo di **€ 3.000,00**. Per le prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza indiretta nel pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali – è invece previsto il rimborso delle spese con uno scoperto del **20%** senza minimo entro il massimale annuo di **€ 3.000,00**, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al **100%**.

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Il caso di Day hospital senza intervento chirurgico per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio, superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero. Saranno pertanto applicati gli scoperti previsti ai precedenti punti A.4.1 e A.4.2.

A.4.3 In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

A.5 Garanzie

A.5.1 - Prestazioni Sanitarie garantite nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I, le spese per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria;
- materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- rette di degenza;
- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **125** giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei **155** giorni successivi alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero.

In tale ambito, fermi i limiti temporali di cui sopra, si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale previsto dal piano sanitario o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto, nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato;

- rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di euro 100 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni;
- spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo di € 3.900 massimo per anno;
- trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € 3.000 per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed € 6.000 per ricoveri nel resto del mondo;
- acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro 5.500, purché conseguenti a sinistro indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario verificatosi durante la validità dello stesso;
- le cure palliative e la terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di € 15.000 per evento;
- costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di € 10.000 in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.

A.5.2 Gravi eventi morbosi che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico.

Le spese riconosciute in caso di ricovero per grave evento morboso di cui all'elenco II sono:

- rette di degenza;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei **100** giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
- visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali biotiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **120** giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario ed avvenuto nell'arco della validità dello stesso.

Si applicano anche le garanzie dell'art. A.5.1 ai punti h), i), j), k), l).

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, si applicano anche le garanzie di cui all'art. A.5.1.

A.5.3 – Gravi eventi morbosi che necessitano di trattamento medico domiciliare

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare per grave evento morboso di cui all'elenco II sono:

- visite specialistiche;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;

- spesa per prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza del presente Piano Sanitario.

Si applicano anche le garanzie dell'art. A.5.1 ai punti i), j), k), l).

A.5.4 – Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico o di grave evento morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico presente Piano Sanitario, la Cassa corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 155** al giorno e verrà erogata, previa applicazione di una **franchigia di due giorni**, per ogni giorno di ricovero, fermo restando il limite massimo di **180** giorni per ciascun anno e per Assistito.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono – che verrà effettuato applicando lo scoperto di cui all'art. 1.4, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al **100%**.

La garanzia prevista dal presente articolo è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo previsto al secondo comma, per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui alla lettera f dell'Art. 1.5.1 in questo caso l'importo della diaria sarà pari ad **€ 50** per ogni giorno di ricovero/day-hospital.

A.5.5 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio che comporti all'Assistito un'invalidità permanente di grado superiore al **66%** la Cassa liquiderà un indennizzo pari ad **€ 60.000**.

La Cassa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la Cassa farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

La denuncia d'infortunio deve essere entro quindici giorni dall'infortunio stesso. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali di polizza.

A.5.6 – Cure oncologiche

La Cassa rimborsa o prende in carico con il limite massimo di **€ 50.000,00 anno**, le spese sostenute per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche;
- esami ed accertamenti diagnostici,
- cure, trattamenti e terapie (a titolo indicativo e non esaustivo: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore etc.) comprensive dell'eventuale degenza in Day Hospital o in regime di ricovero.

Tutte le prestazioni elencate devono essere prescritte da medico oncologo e sono rimborsabili anche in caso di trattamento domiciliare (su prescrizione del medico specialista) in presenza di scadute condizioni cliniche del paziente.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia sino alla concorrenza del limite massimo di assistenza suindicato (**€ 50.000,00 anno**). Successivamente, in caso di esaurimento di detto limite massimo, saranno applicati, nell'ordine, gli scoperti previsti dagli artt. A.1.5.1, A.1.5.2, A.1.5.3 del presente Piano Sanitario "A" e gli scoperti e franchigie previsti dal Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base "B" qualora sottoscritto.

A.5.7 – Follow-Up Oncologico

La Cassa rimborsa o prende in carico le prestazioni diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia fino ad un massimale di **€ 10.000,00** anno senza applicazione di franchigie o scoperti.

A.5.8 - Copertura per non Autosufficienza

Qualora l'Assistito si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, la Cassa riconosce un rimborso fino ad un massimale mensile pro-capite di **€ 250,00**, per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità polizza del presente Piano Sanitario delle spese sostenute per:

- ricoveri in strutture di lungo degenza;
- assistenza;
- prestazioni infermieristiche, fisioterapiche e riabilitative;
- acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle, poltrone e letti ortopedici;
- ausili e presidi sanitari;
- farmaci non rimborsati dal SSN;
- altre spese comunque connesse allo stato di non autosufficienza.

Ai fini della presente garanzia si considera in stato di non autosufficienza colui al quale sia stata riconosciuta, anche prima della decorrenza

del presente Piano Sanitario, un'invalidità civile al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento anche se detta invalidità derivi da malattie mentali o disturbi psichici.

La condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente di copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile compilato in tutte le sue parti, dal quale risulti che l'Assistito è riconosciuto invalido civile in misura del 100% con diritto all'indennità di accompagnamento in quanto persona con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure perché persona con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Nel caso la valutazione contenga indicazioni di rivedibilità, l'Assistito dovrà presentare le successive certificazioni che accertino la permanenza dei presupposti per il mantenimento del diritto al rimborso delle spese previsto dalla presente garanzia. La mancata presentazione comporterà il venir meno del diritto al rimborso delle spese sostenute.

Il rimborso delle spese assistenziali verrà effettuato con cadenza mensile sulla base della rendicontazione delle spese sostenute nel mese di riferimento, entro il limite massimo di € **250,00**. In occasione della prima richiesta di rimborso, l'Assistito dovrà altresì produrre copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile.

Per la parte eccedente il predetto massimale mensile di € **250,00** l'Assistito avrà diritto a chiedere il rimborso, ove previsto dalle precedenti garanzie.

A.6 - Garanzie escluse dal Piano Sanitario

Il Piano Sanitario non è operante per:

- eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di manifestazioni morbose derivante e/o connesse alla malformazione o difetto fisico preesistente;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dal presente piano sanitario; tale esclusione, altresì, non opera limitatamente alla garanzia per non autosufficienza ove la malattia mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;
- gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;
- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;
- l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche; Non rientrano in detta categoria e saranno pertanto garantiti, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite e gli interventi di simmetrizzazione della mammella contro laterale a seguito di interventi demolitivi, nonché gli interventi di chirurgia stomatologica dovuti a conseguenza diretta di infortunio indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.
- i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.).
- le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario;
- le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

A.7 – Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assistiti).

A.7.1 - Servizi di informazione

Cassa RBM Salute mette a disposizione una struttura dedicata tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie previste da presente Piano Sanitario.

Per la prestazione dei servizi di cui sopra, Cassa RBM Salute metterà a disposizione un numero verde attivo 24h su 24h, 365 giorni l'anno.

A.7.2 – Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti attraverso la Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

a) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

b) Informazioni telefoniche (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00)

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

All'estero

c) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assistito necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

d) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Assistito, al quale l'Assistito potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assistito).

e) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Assistito, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Assistito, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

f) Trasmissione messaggio urgenti

Qualora l'Assistito in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

ELENCO I – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata una apposita Commissione Tecnica per analizzare ed eventualmente valutare la modifica e l'aggiornamento dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici indennizzabili ai sensi del presente Piano Sanitario, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

A. Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.

Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e delle loro eventuali successive sostituzioni.

B. Interventi per trapianti di organo.

- Tutti.

C. Interventi ortopedici per:

- impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;
- amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;
- disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;
- disarticolazione dell'anca;
- amputazione addomino-pelvica;
- reimpianto di arti staccati;

D. Interventi di neurochirurgia per:

- craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale, evacuazione di ascesso intracerebrale;
- intervento per epilessia focale e callosotomia;
- intervento per encefalomeningocele;
- derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
- endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- cardiotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- neurotomia retrogasseriana;
- interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, ecc.);
- vagotomia per via toracica;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- plastica per paralisi del nervo facciale;
- intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- trapianto di nervo;
- artrodesi vertebrale.

E. Interventi di cardiocirurgia per:

- tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- tutti gli interventi a cuore chiuso;
- impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

- aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- stenosi ad ostruzione arteriosa;
- disostruzione by-pass aorta addominale;
- trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- by pass aortocoronarico.

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- gravi e vaste mutilazioni del viso;
- plastica per paralisi del nervo facciale;
- riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- anchilosi temporo-mandibolare.

H. Interventi di chirurgia generale per:

- diverticolosi esofagea;
- occlusioni intestinali con o senza resezione;
- gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- echinococchi epatica e/o polmonare;
- cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
- pancreatite acuta;
- broncoscopia operativa;
- resezione epatica;
- epatico e coledocotomia;
- interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
- laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;

- interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- intervento per mega-esofago;
- resezione gastrica totale;
- resezione gastro-digiunale;
- intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- interventi di amputazione del retto-ano;
- interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- drenaggio di ascesso epatico;
- interventi chirurgici per ipertensione portale;
- interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- papillotomia per via transduodenale;
- intervento di asportazione della milza;
- resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I. Interventi di chirurgia urogenitale per:

- fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- intervento per estrofia della vescica;
- metroplastica;
- nefroureterectomia radicale;
- surrenalectomia;
- interventi di cistectomia totale;
- interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- cistoprostatovesicolectomia;
- leocisto plastica;
- colecisto plastica;
- intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- odontocheratoprotesi;
- timpanoplastica;
- chirurgia endoauricolare della vertigine;
- chirurgia translabirintica della vertigine;
- trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc);
- chirurgia della sordità otosclerotica;
- ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi eventi finalità estetica);
- reimpianto orecchio amputato;
- ricostruzione dell'orecchio medio;
- incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

K. Interventi di chirurgia toracica per:

- pneumectomia totale o parziale;
- lobectomia polmonare;
- intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- interventi per fistole bronchiali;
- interventi per echinococchi polmonare;
- resezione segmentale del polmone;
- dissezione radicale delle strutture toraciche;
- trapianto di midollo osseo.

L. Interventi di chirurgia pediatrica per:

- idrocefalo ipersecretivo;
- polmone cistico e policistico;
- atresia dell'esofago;
- fistola dell'esofago;

atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
megaretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

ELENCO II – GRAVI EVENTI MORBOSI

• Infarto miocardico acuto.

• Insufficienza cardiorespiratoria scompensata

che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- dispnea;
- edemi declivi;
- aritmia;
- angina instabile;
- edema o stasi polmonare;
- ipossiemia.

Neoplasia maligna.

D. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

ulcere torbide:

- decubiti;
- neuropatie;
- vasculopatie periferiche;
- infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

E. Politraumatismi gravi

che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

F. Stato di coma.

G. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.

H. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Inoltre sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

I. Tetraplegia.

J. Sclerosi multipla.

–

K. Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

L. Alzheimer.

M. Morbo di Parkinson caratterizzato da:

- riduzione attività motoria;
- mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE

SINTESI DELLE PRESTAZIONI

GARANZIE "B" (inclusione del nucleo familiare per le garanzie previste dalla sezione "A" ed estensione delle garanzie ricovero, extraospedaliere al titolare ed al relativo nucleo familiare)
MASSIMALE: € 200.000 anno/nucleo (inteso come sottolimito del massimale della garanzia A)

RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO SPONTANEO E CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO, DAY HOSPITAL ANCHE A SEGUITO DI MALATTIA ONCOLOGICA E INTERVENTO AMBULATORIALE, LUNGO DEGENZA CON ESCLUSIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Condizioni di liquidazione

Diretta: Scoperto 10%

Rimborso - Notai in esercizio: scoperto 20% minimo € 1.500 per sinistro

- **Titolari di pensione:** scoperto 20% minimo € 3.000 per sinistro

Forma Mista: costi di struttura medesime regole previste dall'assistenza diretta

onorari medici medesime regole previste per l'assistenza rimborsuale

Ticket / Trattamento alberghiero: al 100%

INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI IN DAY HOSPITAL O AMBULATORIALMENTE

Condizioni di liquidazione

Diretta: Scoperto 10%

Rimborso - Notai in esercizio: scoperto 35%

- **Titolari di pensione:** scoperto 30%

Pre ricovero: 90 gg

Post ricovero: 120 gg

Condizioni di liquidazione

Diretta: Scoperto 10%

Rimborso: scoperto 20% entro il massimale annuo di € 3.000

Ticket: 100%

Accompagnatore € 100 al giorno - massimo 30 giorni

Trasporto assicurato e accompagnatore: Italia e UE limite di € 3.000 per ricovero

Resto del mondo limite di € 6.000 per ricovero

Rimpatrio salma: Italia limite di € 2.000

Estero limite di € 5.000

Lungo degenza: limite di € 10.330 anno / nucleo - massimo 120 giorni anno / nucleo

Parto spontaneo e cesareo: limite di € 2.000 per evento

Condizioni di liquidazione: Diretta / Rimborso: 100%

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE DI ALTA DIAGNOSTICA

Massimale: € 15.000 anno / nucleo

Condizioni di liquidazione

Diretta: franchigia € 50,00 per prestazione

Rimborso: franchigia € 100,00 per prestazione

Ticket: 100%

VISITE SPECIALISTICHE, DIAGNOSTICA CORRENTE, PRESTAZIONI TERAPEICHE E FISIOTERAPEICHE

Massimale: € 5.000 anno / nucleo

Condizioni di liquidazione

Diretta: franchigia € 50,00 per prestazione

Rimborso: franchigia € 100,00 per prestazione

Ticket: 100%

PROTESI ORTOPEDICHE E APPARECCHI ACUSTICI

Massimale: € 2.070 anno / nucleo

Condizioni di liquidazione: Diretta / Rimborso: scoperto 20%

MEDICINA PREVENTIVA

Massimale: € 500 anno / nucleo

Condizioni di liquidazione: Diretta / Rimborso: 100%

NOMENCLATORE “B” PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE A

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

A. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

L'adesione al presente piano sanitario prevede l'estensione:

- ai Nuclei familiari degli Assistiti Titolari del Piano Sanitario Base “A”, per quanto riguarda le Garanzie del Piano Sanitario Base “A” ;
- agli Assistiti Titolari del Piano Sanitario Base “A” e relativi Nuclei familiari per quanto riguarda le garanzie di seguito indicate.

Si precisa che per Nucleo familiare si intende:

- il capo nucleo/Titolare del Piano Sanitario
- il coniuge non legalmente separato;
- il convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere;
- i figli conviventi;
- i figli non conviventi purché inabili a proficuo lavoro o studenti;
- i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria.

A comprova del proprio nucleo familiare l'iscritto dovrà produrre certificato di stato di famiglia o di residenza, ovvero autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

B. GARANZIE RICOVERO ED EXTRAOSPEDALIERE

B.1 Ambito di Applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo punto B.6 “Prestazioni sanitarie ” della presente sezione, è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell' Assistito;
- senza limiti di età;
- senza limitazioni territoriali;
- senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni anche nel caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente contratto. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dalla Cassa nel rispetto di quanto disposto dal presente Piano Sanitario.

B.2 – Massimali – Limiti di Assistenza

Le prestazioni di cui al presente Piano Sanitario sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di **€ 200.000,00** fermo restando quanto disposto dal successivo punto B.4 “Prestazioni Sanitarie garantite” della presente sezione, ove, per “limite di assistenza per nucleo”, si intende la disponibilità massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale, da intendersi un sottomassimale annuale per nucleo del massimale indicato al punto A.3 “Massimale” del Piano Sanitario Base “A”.

B.3 – Scoperto

La copertura delle spese di cui al successivo punto B.4 “Prestazioni Sanitarie garantite” prevede:

B.3.1 In caso di prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati con applicazione di uno scoperto del **10%**.

Parimenti saranno soggette a scoperto del **10%** le spese relative alle prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza diretta nel pre e post ricovero fermi restando gli specifici limiti temporali.

B.3.2 In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie private o con personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al **20%** con il minimo di **€ 1.500,00** per sinistro a carico dell'Assistito; nel caso di Assistiti pensionati verrà applicato uno scoperto pari al **20%** con un minimo di **€ 3.000,00** per sinistro a carico dell'Assistito. Per le prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza indiretta nel pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali – è invece previsto il rimborso delle spese con uno scoperto del **20%** senza minimo entro il massimale annuo di **€ 3.000,00**, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al **100%**.

Per gli interventi chirurgici effettuati in regime di Day Hospital o ambulatorialmente in assistenza indiretta lo scoperto applicato è del **35%** senza applicazione del minimo (nel caso di Assistiti pensionati lo scoperto applicato è del **30%** senza applicazione del minimo).

In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

B.4 – Prestazioni Sanitarie garantite

B.4.1 Prestazioni connesse a ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e parto rese necessarie da infortunio e malattia che risultino in garanzia secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.

La Cassa rimborsa:

In caso di intervento chirurgico, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivo e necessario all'intervento;
 - spese relative all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito), l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami effettuati durante il ricovero relativo all'intervento subito;
 - assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;
 - rette di degenza;
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'acquisto e/o il noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozelle ortopediche) effettuate nei **120gg.** successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
 - spese per il prelievo di organi o parte di essi comprese quelle per il trasporto dell'organo, durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, sono comprese le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza;
 - rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di **€ 100** al giorno per un periodo massimo di **30gg.**;
 - trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di **€ 3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed **€ 6.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero con intervento chirurgico, con il limite di **€ 5.000,00**; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assistito con il limite di **€ 2.000,00**.

• sono convenzionalmente assimilate a prestazioni in day hospital le prestazioni di somministrazione terapeutica di sostanze farmacologiche in organo o apparati (ad esempio iniezioni endoculari o intravireali, somministrazione di farmaci per terapie anti-tumorali, fattori di crescita intra-articolari). Il costo dei farmaci è indennizzato esclusivamente per farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Nazionale ed esclusivamente per la quota esclusa dal SSN. Sono escluse le terapie sclerosanti, le iniezioni endoarticolari (tipo “infiltrazioni”) che sono da ricondursi (ove previste a scopo terapeutico) quali prestazioni complementari di visite specialistiche.

In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico o in caso di Day Hospital nonché a seguito di malattia oncologica o di lungo degenza correlata a patologie che impongono la prestazione di cure erogabili esclusivamente in ambiente ospedaliero (ritenendosi per tali le strutture di diagnosi e cura, con esclusione, quindi, delle strutture residenziali, quali ad esempio case di riposo)

- Retta di degenza;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei **90 gg.** precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'assistenza infermieristica per le patologie di cui all'allegato elenco dei grandi eventi morbosi) effettuate nei **120gg.** successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero stesso;
- per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di **€ 100** al giorno per un periodo massimo di **30gg.**;
- per trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di **€ 3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed **€ 6.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- in caso di i ricoveri dovuti a lungo degenza la Cassa non rimborserà somma maggiore di **€ 10.330,00** anno/nucleo con il limite di 120gg anno/nucleo;
- spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero o Day Hospital senza intervento, con il limite di **€ 5.000,00**; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assistito con il limite di **€ 2.000,00**;
- il Day Hospital a scopo preventivo non è previsto. Per il rimborso di visite specialistiche, di analisi cliniche e di esami strumentali a scopo preventivo si rinvia all'apposita garanzia.

• Parto spontaneo e cesareo

In caso di parto spontaneo o cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata è previsto la copertura massima omnicomprendente di € 2.000,00 per evento senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

B.4.2 Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica

La Cassa, nei limiti del massimale di € 15.000,00 anno/nucleo, in caso di malattia o infortunio secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario, anche in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica e/o il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- Agobiopsia
- Ecocolor Doppler
- Amniocentesi
- Angiografia
- Artrografia
- Biopsia In Scopia
- Broncografia
- Cateterismo Cardiaco
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma Opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia Intravenosa
- Colangiografia Percutanea (Ptc)
- Colangiografia Trans Kehr
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Dialisi
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Endoscopia A Scopo Diagnostico O Terapeutico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Holter
- Isterosalpingografia
- Laserterapia A Scopo Fisioterapico
- Linfografia
- Mammografia
- Mammotome
- Mielografia
- Pet
- Pneumoencefalografia
- Polipectomia
- Radioterapia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (Rmn)
- Rx Esofago Con Mezzo Di Contrasto
- Rx Stomaco E Duodeno Con Mezzo Di Contrasto
- Rx Tenue E Colon Con Mezzo Di Contrasto

- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Torace, Tomografia In Genere
- Tomografia Logge Renali, Tomoxerografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (Tac) Anche Virtuale
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Videoangiografia
- Villocentesi
- Wirsunggrafia

Il pagamento delle predette prestazioni avverrà con l'applicazione delle seguenti franchigie e scoperti:

se eseguiti presso strutture convenzionate:

- pagamento diretto con una franchigia di € 50,00 per prestazione a carico dell'Assistito;

se eseguite presso strutture non convenzionate:

- rimborso con una franchigia di € 100,00 per prestazione a carico dell'Assistito

Il rimborso di eventuali ticket avrà luogo senza applicazione di franchigie e scoperti.

C. VISITE SPECIALISTICHE – DIAGNOSTICA CORRENTE - PRESTAZIONI TERAPICHE E FISIOTERAPICHE

La Cassa, nei limiti del massimale annuo di € 5.000,00 anno/nucleo, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- Onorari medici per visite specialistiche, comprensivi di test ed esami effettuati contestualmente alla visita stessa, con esclusione di quelle odontoiatriche, ortodontiche;
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- Prestazioni terapeutiche e fisioterapiche con l'esclusione dell'agopuntura.

Il pagamento delle predette prestazioni avverrà con l'applicazione delle seguenti franchigie e scoperti:

se eseguiti presso strutture convenzionate:

- pagamento diretto con una franchigia di € 50,00 per prestazione a carico dell'Assistito;

se eseguite presso strutture non convenzionate:

- rimborso con una franchigia di € 100,00 per prestazione a carico dell'Assistito

Il rimborso di eventuali ticket avrà luogo senza applicazione di franchigie e scoperti.

D. PROTESI

Previa presentazione della prescrizione medica attestante la patologia, la Cassa rimborsa, con il limite di € 2.070,00 anno/nucleo, le spese per acquisto, noleggio e riparazione di protesi ortopediche, apparecchi acustici.

Per i soli pensionati si intendono rientranti in garanzia anche gli ausili medici, ortopedici ed acustici.

Le spese sopra indicate vengono rimborsate con uno scoperto del 20%.

E. MEDICINA PREVENTIVA

La Cassa rimborsa, o prende in carico anche in assenza di prescrizione medica, con il limite di € 500,00 per anno/nucleo le spese per:

- Uomini: visite urologiche, ecografie addome in toto e/o transrettale, esami citologici delle urine, accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografie delle vie urinarie;
- Donne: visite ginecologiche, effettuazione del PAP-test, mammografie e/o ecografie mammarie con visita senologica, ecografia addome e/o transvaginale, moc.

Per entrambi i sessi, radiografia toracica, colonscopia e visita cardiologia con ecg a riposo e/o da sforzo.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

B.5 - Garanzie escluse dal Piano Sanitario

Il Piano Sanitario non è operante per:

- eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di manifestazioni morbose derivante e/o connesse alla malformazione o difetto fisico preesistente;

- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dal presente piano sanitario; tale esclusione, altresì, non opera limitatamente alla garanzia per non autosufficienza ove la malattia mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;
- gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;
- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;
- l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche. Non rientrano in detta categoria e saranno pertanto garantiti, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite e gli interventi di simmetrizzazione della mammella contro laterale a seguito di interventi demolitivi, nonché gli interventi di chirurgia stomatologica dovuti a conseguenza diretta di infortunio indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario;
- i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.);
- le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario;
- le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

B.6 - Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assistiti).

B.6.1. Servizi di informazione

La Cassa mette a disposizione una struttura dedicata tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie del presente Piano Sanitario.

Per la prestazione dei servizi di cui sopra, la Cassa metterà a disposizione un numero verde dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00.

B.6.2. Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti attraverso la Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

a) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

b) Informazioni telefoniche (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00)

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

All'estero

c) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assistito necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

d) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Assistito, al quale l'Assistito potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assistito).

e) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Assistito, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Assistito, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

f) Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Assistito in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

COME ACCEDERE ALL'AREA RISERVATA

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

- collegarsi al sito: www.cassarbmsalute.it
- cliccare in basso a destra 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® LA NUOVA APP MOBILE!



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 di RBM Salute e Previmedical (Citrus®) potrà in modo semplice ed immediato richiedere l'autorizzazione per le prestazioni dirette (in Network) ed inserire le sue domande di rimborso.

La APP RBM SALUTE-PREVIMEDICAL inoltre le consentirà di verificare in tempo reale lo stato delle sue pratiche e di rilevare eventuali anomalie.

Per installare la APP RBM SALUTE-PREVIMEDICAL è sufficiente effettuare una ricerca su Play Store (Android) o Apple Store (IOS) con la parola chiave "RBM Salute", e scaricarla gratuitamente sul suo 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 trasmettere subito i suoi documenti



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**:

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 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;

B - 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 "a seguito di grande intervento chirurgico o di grave evento morboso" 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 a partire dal 3° (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.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Vostro Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate sul sito della Cassa Nazionale del Notariato www.cassanotariato.it e nella sua Area Riservata raggiungibile dal sito internet www.cassarbmsalute.it.

Inoltre, sempre dal sito internet www.cassarbmsalute.it, accedendo alla propria Area Riservata per l'Iscritto sarà 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. C).

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[®]".

Infine, è data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Previmedical, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@previmedical.it

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:

 **800.99.17.73** da telefono fisso e cellulare (numero verde gratuito);

 **0039 0422.17.44.213** per chiamate dall'estero.

In alternativa:

 **0422.17.44.713** via fax

 assistenza.cassanotariato@previmedical.it via mail

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Esempio – prestazioni ospedaliere: Qualora la richiesta di assistenza diretta ospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 10 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 7 giorni (di calendario) prima della data di ricovero o di intervento, ossia entro i 3 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 4 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative prima dell'evento.

In ogni caso, si precisa che nella fase di start up dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli Assistiti che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

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 0422.17.44.713**, 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.cassarbmsalute.it - Area Riservata, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

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.

È 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 on-line la procedura di pre-attivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

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 0422.17.44.713) 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 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 entro le 24 ore lavorative 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 LAUTORIZZAZIONE

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:

 **800.99.17.73** da telefono fisso e cellulare (numero verde gratuito);

 **0039 0422.17.44.213** per chiamate dall'estero.

In alternativa:

 **0422.17.44.713** via fax

 **assistenza.cassanotariato@previmedical.it** via mail

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di 48 ore lavorative.

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, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Esempio – prestazioni extraospedaliere: Qualora la richiesta di assistenza diretta extraospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 5 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione extraospedaliera, ossia entro i 2 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 3 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative prima dell'evento.

In ogni caso, si precisa che nella fase di start up dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli assicurati che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

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.cassarbmsalute.it - Area Riservata, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

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 on-line la procedura di pre-attivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

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 entro le 24 ore lavorative 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

C. DOMANDA DI RIMBORSO

C.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

- **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";
- 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.

C.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

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



C.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

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 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.cassarbmsalute.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).

C.4 LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

Alternativamente ai modelli di trasmissione sopra descritti l'Assistito, accedendo alla propria area riservata dal sito www.cassarbmsalute.it (Area Riservata), può accedere alle funzionalità di richiesta on-line 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 on-line 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).

III. SERVIZI E GARANZIE ACCESSORIE

D. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet www.cassarbmsalute.it (Area Riservata), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line 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.

E. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"[®]

È 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.

F. ACCESSO A "GATE 179"

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.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 RISEVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito www.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.

G. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE DI RBM SALUTE

RBM Salute rende 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 on line 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.

H. GARANZIE ACCESSORIE

Per accedere alle garanzie accessorie previste dal Piano Sanitario alla sezione 3 art. 3.2 del Capitolato Tecnico, l'Assistito dovrà contattare la Centrale Operativa.



“Oltre 97.000 convenzioni in Italia...”

RBM Salute, per consentire un maggior ricorso all'assistenza diretta (con pagamento diretto della Compagnia alle strutture sanitarie e ai medici convenzionati delle spese sanitarie) rende disponibile, in partnership con Previmedical S.p.A., il più ampio network di strutture convenzionate presente sul territorio nazionale.

PREVIMEDICAL, infatti, è specializzata nella gestione dei sinistri (sia in regime di assistenza diretta che in regime rimborsuale) e nel convenzionamento e nella gestione di network sanitari.

PREVIMEDICAL dispone attualmente del più ampio e competitivo network sanitario indipendente in Italia composto da oltre 11.000 Strutture Sanitarie, 71.000 Medici, 8.800 Operatori socio-assistenziali, 240 RSA, nonché 5.500 Dentisti. Attraverso il proprio network PREVIMEDICAL garantisce ai propri clienti capillarità dei centri convenzionati, tariffe competitive, qualità delle prestazioni sanitarie e la possibilità per l'assistito di non anticipare il costo delle prestazioni sanitarie ricevute.

	Case di cura	Centri diagnostici e laboratori	Medici specialisti convenzionati	Operatori sanitari e socio-assistenziali	Residenze Socio-assistenziali	Odontoiatri	Totale convenzioni
Lombardia	132	2.395	18.232	1.506	77	1.629	23.971
Lazio	78	1.909	15.583	3.748	36	954	22.308
Piemonte	30	753	4.586	273	26	552	6.220
Valle D'aosta	1	12	490	366	0	7	876
Emilia Romagna	42	816	5.405	101	19	247	6.630
Toscana	28	623	3.660	511	12	250	5.084
Sicilia	30	687	3.666	233	12	246	4.874
Veneto	20	675	3.826	361	12	433	5.327
Puglia	20	527	2.725	264	10	175	3.721
Liguria	17	356	2.698	564	13	142	3.790
Campania	19	660	2.865	154	6	350	4.054
Abruzzo	12	244	1.658	167	7	93	2.181
Friuli Venezia Giulia	8	159	1.083	48	4	52	1.354
Marche	6	172	788	70	3	67	1.106
Umbria	4	129	659	48	2	63	905
Calabria	15	241	1.277	35	5	76	1.649
Trentino-Alto Adige	4	50	717	357	1	15	1.144
Sardegna	4	215	870	70	4	154	1.317
Basilicata	1	79	260	20	0	26	386
Molise	2	89	215	2	0	33	341
Totale convenzioni	473	10.791	71.263	8.898	249	5.564	97.238



DOMANDA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE
Cassa RBM Salute – Cassa Nazionale del Notariato
(nel caso di Nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia*, al seguente indirizzo:
Cassa RBM Salute – Fondo Sanitario Integrativo del SSN
Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE a domanda già inoltrata

Iscritto in esercizio/in attività Iscritto in Quiescenza

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell _____ (da indicare se si intende usufruire del servizio “SEGUI LA TUA PRATICA”)

E-mail _____ @ _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- Ricovero in istituto di cura
- Day hospital/intervento chirurgico ambulatoriale
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
- Cure oncologiche/follow up oncologico
- Copertura per non autosufficienza
- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni terapeutiche
- Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica
- Medicina Preventiva
- Altro (protesi ortopediche, apparecchi acustici, indennità permanente da infortunio, ecc)

Si allegano IN FOTOCOPIA le seguenti fatture e/o ricevute fiscali:

N° Fattura-Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura - Ricevuta	Ulteriore copertura assicurativa (SI/NO)	Importo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

* La Cassa si riserva la facoltà di richiedere la documentazione di spesa in originale nei 5 (cinque) anni successivi a quello di competenza delle fatture per operare le verifiche che si rendessero necessarie.

CONTATTI



Da rete fissa e mobile

Numero Verde
800. 99.17.73



Estero **+39 0422.17.44.213**



Fax **+39 0422.17.44.713**



Mail assistenza.cassanotariato@previmedical.it

La centrale operativa è attiva 365 giorni l'anno, 24 ore su 24.



RBM Salute S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale

Via Enrico Forlanini, 24 - Località Borgo Verde

31022 Preganziol (Tv)

Tel.: +39.0422.062700