

**Informativa sulla copertura offerta dalla Compagnia REALE MUTUA attraverso la Cassa Sanitaria**

**Previass II e la rete di BLUE ASSITANCE - triennio assicurativo 01.11.2019-31.10.2022**

La struttura dei piani sanitari si articola, in una **copertura sanitaria collettiva “base” automatica e gratuita** a favore del solo notaio e del solo pensionato (con esclusione, pertanto, dei familiari) per i “grandi interventi chirurgici”, i “gravi eventi morbosi”, la “non autosufficienza”, le “cure oncologiche” e di “follow up”, le “prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica e di prevenzione” e in una **copertura sanitaria “integrativa” con contributo a carico del titolare e possibilità di estensione ai familiari**, che integra le prestazioni “base” con prestazioni aggiuntive per “ricovero medico e chirurgico”, per “parto naturale o cesareo”, per “visite specialistiche, diagnostica e fisioterapia”, per “pacchetto maternità”, per “protesi ortopediche ed apparecchi acustici” e, infine, per “cure odontoiatriche in convenzione”.

Si precisa che il piano sanitario “base”, nella sezione relativa ai “ricoveri”, copre solo quelli conseguenti a “grandi interventi” e a “i gravi eventi morbosi” elencati nel contratto. Sottoscrivendo il piano sanitario integrativo la copertura si estende a tutti gli ulteriori ricoveri, day hospital e interventi ambulatoriali dipendenti da malattia o infortunio che non sono ricompresi nell’elenco del piano base secondo quanto indicato nel contratto.

La copertura sanitaria **base**, per le prestazioni ivi previste, è attivata d’ufficio ed è operativa dal 1°/11/2019 ma è a favore del solo notaio e pensionato non estendendosi al nucleo familiare in assenza di adesione al piano integrativo; l’adesione al piano sanitario **integrativo** avviene tramite compilazione del modulo di adesione (anche on line) da inviare alla Compagnia a partire dal 1 novembre 2019 e **entro il 31/01/2020**. L’adesione è valida per tre anni.

Il costo da sostenere annualmente è di **€ 1.292,70 per la formula “single”** (adesione alle prestazioni integrative del notaio e del pensionato senza estensione al nucleo familiare ) e di **€ 2.222,70 per la formula “family”** (adesione alle prestazioni integrative del notaio e del pensionato con tutto il nucleo familiare ed estensione automatica e gratuita del piano “**base**” ai componenti del nucleo familiare ).

Il pagamento annuale potrà essere effettuato in un’unica soluzione o in 12 rate mensili senza sostenere alcun costo aggiuntivo, indicando la relativa opzione sul modulo di adesione.

Formula integrativa	Contributo annuale 2019/2022	importo delle 12 rate mensili
formula "single"	<b>1.292,70 €</b>	<b>107,73 €</b>
formula "family"	<b>2.222,70 €</b>	<b>185,23 €</b>

Rispetto ai precedenti piani sanitari, si segnalano le seguenti migliorie, invitando a prendere visione della documentazione completa presente sulla [pagina web](#) del sito della Cassa Notariato.

**Piano sanitario base** (automatico solo per notai anche pensionati e vedovi/e titolari di pensione senza alcun costo diretto per gli stessi. Viene esteso al nucleo familiare solo se si sottoscrive l'integrativa)

1. **Raddoppio del plafond della “medicina preventiva” da € 500 a € 1.000 senza nessuna franchigia e introduzione di nuove prestazioni di prevenzione<sup>1</sup>**: visita dermatologica con mappature dei nei; sangue occulto nelle feci, pacchetto di analisi di laboratorio generico (Alanina aminotransferasi ALT; Aspartato Aminotransferasi AST; Colesterolo HDL; Colesterolo totale; Creatinina; Esame emocromocitometrico e morfologico completo; Gamma GT; Glicemia; Trigliceridi; Tempo di tromboplastina parziale (PTT); Tempo di protrombina (PT); Urea; VES; Urine (esame chimico, fisico e microscopico) e dell'HPVDNA test. Alcune prestazioni sono fruibili esclusivamente in rete, altre anche fuori rete a rimborso. La medicina preventiva viene erogata senza necessità di uno stato patologico.
2. Introduzione **di servizi di assistenza a domicilio o in rete a favore di tutti gli assistiti non autosufficienti al 100% con diritto all'accompagnamento** che non siano in grado di effettuare in autonomia **almeno 4 delle 6 azioni** considerate come atti elementari della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi, andare in bagno ed usarlo, spostarsi, continenza e nutrirsi. La copertura base mette a loro disposizione prestazioni di assistenza infermieristica, badante, trattamenti fisioterapici e rieducativi, visite specialistiche e accertamenti diagnostici, ambulanza e prestazioni erogate in regime di ricovero entro un **massimale mensile di € 500/mese (massimale annuo di € 6.000)**.
3. Abbattimento dal 25% al **10% della percentuale di scoperto fuori rete** prevista per i ricoveri per gli assistiti in pensione uniformando così gli scoperti già previsti per i notai in esercizio.

**Piano sanitario integrativo** (l'adesione al piano sanitario integrativo nella formula “family” estende al nucleo familiare anche la copertura base senza costi aggiuntivi. La formula “single” estende al solo titolare il piano sanitario integrativo).

1. **Azzeramento della franchigia di € 100** <sup>2</sup>precedentemente applicata al rimborso di tutte le prestazioni rientranti nella garanzia “visite specialistiche, diagnostica corrente, prestazioni terapeutiche e

---

<sup>1</sup> Le prestazioni di medicina preventiva già previste e confermate sono principalmente: visita ginecologica, pap test, ecografia mammaria e mammografia, ecografia pelvica, ecografia addominale, moc, visita cardio con ecg, rx torace, visita urologica, ecografia prostatica, colonscopia.

<sup>2</sup>La franchigia di € 50 resta a carico dei pensionati per le prestazioni in rete a causa dell'elevata sinistrosità registrata.

fisioterapiche” qualora effettuate in strutture non convenzionate. Pertanto l’assicurato potrà andare dallo specialista scelto anche fuori rete e non avrà alcuna franchigia da pagare.

2. Introduzione di un “**pacchetto maternità**” con copertura di determinati esami normalmente effettuati nel corso della gravidanza: 3 ecografie di controllo, 8 analisi cliniche e 4 visite ostetrico-ginecologiche nell’ambito del **massimale annuo di € 800** fuori rete (illimitato in rete).
3. **Aumento del massimale previsto per il parto naturale e cesareo** che passa dal precedente importo unico di € 2.000 ad **€ 3.000 (parto naturale)** ed **€ 6.000 (parto cesareo)**.
4. Ampliamento della sfera di applicazione dell’**“indennità sostitutiva”**, che prima era prevista solo per i “grandi interventi chirurgici” e per i “gravi eventi morbosi” coperti dal piano sanitario base. Con il nuovo piano sanitario possono essere indennizzati, con un importo giornaliero (a partire dal 1° giorno) di **€. 155** in caso di ricovero e di **€. 77,50** in caso di day hospital, tutti i ricoveri medici effettuati a carico del SSN per i quali non siano state sostenute spese di cui richiedere il rimborso alla Compagnia -limite di 180 gg per anno assicurativo.
5. **Aumento del plafond della garanzia “protesi ortopediche ed apparecchi acustici”**- dal precedente importo di **€. 2.070 a €. 3.200** ed estensione, al suo interno, del rimborso anche agli ausili medici, ortopedici e alle ortesi con un massimale di **€. 600**.

Si sottolinea che il piano sanitario base e quello integrativo (qualora sottoscritto) garantiranno la copertura delle prestazioni legate a malattie e a infortunio, anche pregresse.

Nell’ottica di garantire l’equilibrio dei piani sanitari è stata rimodulata **la copertura prestata per i figli** nel nucleo familiare della formula “family”. Sono, pertanto, coperti senza limite di età solo i figli **fiscalmente a carico (conviventi e non)** mentre per i figli **non fiscalmente a carico ma conviventi** è stato inserito il **limite di età di 30 anni** al di sopra del quale l’estensione della copertura completa (base + integrativa) avrà **un costo pro-capite annuale** stabilito nella misura di **€. 995,10** (50% del piano base + integrativo *single* previsto per il titolare). Sono stati, inoltre, equiparati ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell’unito civilmente.

Familiari	Copertura tramite adesione a formula “family”
Coniuge non legalmente separato -convivente more uxorio – unito civilmente	<b>SI</b>
Figlio fiscalmente a carico (anche non convivente)	<b>SI</b>
Figlio non fiscalmente a carico, convivente entro i 30 anni	<b>SI</b>



Figlio non convivente per il quale vi sia obbligo di mantenimento economico a seguito di separazione o divorzio	<b>SI</b>
Figlio del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente	<b>SI*</b>
Figlio non fiscalmente a carico, convivente oltre i 30 anni	<b>NO</b>

\* è coperto se è convivente e ha meno di 30 anni. Se è convivente è ha più di 30 è soggetto al contributo indicato nella tabella seguente



Familiare fuori del nucleo	Costo integrativo copertura completa (base +integrativa)
Figlio non fiscalmente a carico, convivente oltre i 30 anni	<b>€ 995,10</b>

Con riferimento al servizio offerto dal **numero verde gratuito 800.18.34.33** messo a disposizione degli iscritti, si è intervenuti per migliorarne l'operatività attraverso la semplificazione del disco automatico con opzione di scelta multipla e l'abbattimento del tempo di attesa per parlare con l'operatore dopo il quale, in caso di intenso traffico, è prevista l'attivazione di un servizio di richiamata entro il termine massimo di 4 ore.

NUMERO VERDE GRATUITO	lun-ven dalle 9.00 alle 19.30	<b>800.18.34.33</b>
NUMERO DALL'ESTERO	lun-ven dalle 9.00 alle 19.30	<b>011.741.74.19</b>

Si segnala, che il **preavviso minimo per l'attivazione della presa in carico delle prestazioni all'interno della rete di strutture convenzionate con la Compagnia** -consultabile attraverso apposita area riservata – è passato dai precedenti 2 giorni (48 ore) a **3 giorni (72 ore)** con introduzione dell'obbligo da parte del Fondo Sanitario di fornire riscontro all'assistito entro il termine massimo di un giorno lavorativo (24 ore) dalla prestazione. Quanto sopra per evitare che l'eventuale richiesta di integrazione/annullamento della prestazione arrivi all'iscritto nelle immediatezze della sua effettuazione creando conseguente disagio.

Attivazione di prestazioni in rete	Tempo di gestione dell'attività
Preavviso dell'assistito a Blue Assistance (tramite area riservata/numero verde)	<b>3 GIORNI LAVORATIVI (72H) dalla prestazione</b>
Risposta di Blue Assistance all'Assistito	<b>ENTRO 1 GIORNO LAVORATIVO (24H) dalla prestazione</b>

A completamento della copertura offerta dai piani sanitari è stato, confermato l'impianto di **garanzie accessorie di assistenza** in Italia e all'estero che contemplano, in particolare, il rientro dal ricovero d'urgenza presso un Pronto Soccorso e il viaggio di un familiare all'estero in caso di ricovero dell'assicurato per malattia o infortunio.