



***Convenzione Cassa
Nazionale Del Notariato
Rimborso Spese Mediche***

Triennio 01.11.2022 - 31.10.2025

BENVENUTO TRA I NOSTRI ASSICURATI.

Torino, 1 novembre 2022

Gentile Assistito,

REALE MUTUA PER LA CNN E IL SUO PIANO SANITARIO BASE

siamo lieti di comunicarLe che, anche per il prossimo triennio 01/11/2022 - 31/10/2025, sarà valida la fornitura del Servizio Assicurativo Assistenziale a favore di tutti gli Iscritti alla Cassa Nazionale del Notariato, prestata da Reale Mutua di Assicurazioni, Compagnia primaria che gestirà in toto il **"Piano Sanitario Base"**, studiato e realizzato ad hoc per la categoria.

CENTINAIA DI CENTRI MEDICI CONVENZIONATI E LA COMODITÀ DELLA CONSULTAZIONE ON-LINE

La copertura offerta dal **"Piano Sanitario Base"** è automaticamente operativa per tutti i notai e titolari di pensione e prevede un'ampia e completa protezione per i Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi, con la sicurezza e l'affidabilità di un massimale esteso a € 400.000,00, oltre ad una serie di garanzie accessorie che completano l'offerta. Potrà fare affidamento su una rete capillare di Centri Medici Convenzionati e, accedendo al portale www.blueassistance.it, raggiungibile anche dal sito della Cassa del Notariato, potrà usufruire della nuova procedura trasmissione di "richieste di rimborso on-line" delle prestazioni sanitarie, semplicemente allegando la documentazione medica e di spesa. Inoltre, in qualsiasi momento, grazie alla consultazione on-line, potrà seguire comodamente l'iter delle Sue pratiche.

L'OPPORTUNITÀ DI UN PIANO INTEGRATIVO PER PERSONALIZZARE LA SUA PROTEZIONE E QUELLA DEL SUO NUCLEO FAMILIARE

Le ricordiamo, inoltre, che Reale Mutua Le offre la possibilità di sottoscrivere un **"Piano Integrativo"** con la **duplice formula "Single" e "Family"** che Le permetterà di usufruire, a condizioni speciali e di assoluto favore, di un ventaglio di garanzie che assicureranno completezza di tutela in numerose e frequenti situazioni legate alla salute. Tra le prestazioni garantite annoveriamo, ad esempio, i ricoveri/day hospital con o senza intervento chirurgico, il parto spontaneo o cesareo, le visite specialistiche, la diagnostica corrente e le prestazioni terapeutiche e fisioterapiche. Il piano sanitario integrativo le darà, inoltre, la possibilità di usufruire della copertura diretta per alcune cure odontoiatriche accedendo, per tutte le altre, a tariffe scontate a lei riservate presso centri convenzionati con Blue Assistance.

I COSTI DEI PIANI SANITARI INTEGRATIVI E I TERMINI DI ADESIONE

L'adesione al piano sanitario integrativo dovrà avvenire entro il 31/01/2023, attraverso la compilazione e l'invio on-line dell'adesione disponibile sul sito internet www.cassanotariato.it. Il costo annuale della formula "Single" è di € 1.290,41, mentre il costo annuale della formula "Family" è di € 2.218,55. È importante ricordare che la formula "Family" copre l'intero nucleo familiare inteso come titolare (notaio o pensionato), coniuge **non** legalmente separato, convivente more uxorio o unito civilmente, i figli fiscalmente a carico e quelli non fiscalmente a carico ma conviventi entro i 30 anni. Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge/convivente more uxorio e unito civilmente. Unica eccezione è prevista per il figlio convivente, non a carico, con età superiore ai 30 anni, per il quale deve essere corrisposto un premio annuale ad hoc pari ad € 1.020,21.

OPERATIVITÀ E NUMERI UTILI

Per qualsiasi ulteriore informazione sulle condizioni e le coperture previste, avrà dalle ore 09.30 alle 19.30 a Sua disposizione la Centrale Operativa appositamente predisposta da Blue Assistance chiamando al Numero Verde 800.183.433 (se chiama dall'Italia) o 011.741.74.19 (se chiama dall'Estero).

REALE MUTUA ASSICURAZIONI
Direttore Distribuzione e Marketing Brand di Gruppo



**GUIDA ALLE PRESTAZIONI DELLA COPERTURA SANITARIA
DEDICATA AGLI ISCRITTI ALLA
CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO
TRIENNIO 01.11.2022 /31.10.2025**

PIANO SANITARIO BASE - GARANZIE "A"

RICOVERI PER:

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

GRAVI EVENTI MORBOSI CHE NECESSITANO DI RICOVERO SENZA INTERVENTO

GRAVI EVENTI MORBOSI CHE NECESSITANO TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE

Massimale annuo: € 400.000,00

Il massimale di € 400.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE

Condizioni di liquidazione:

Diretta: 100%

Rimborso: - Notai in esercizio: scoperto 10%
- Notai in pensione: scoperto 10%

Forma Mista: - Costi di struttura medesime regole previste dalla forma diretta
- Onorari medici medesime regole previste per la forma a rimborso

Ticket / Trattamento alberghiero all'interno del SSN: 100%

Spese pre e post ricovero:

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 delle spese pre e post:

Diretta: 100%

Rimborso: scoperto 10%

Ticket: 100%

Accompagnatore: € 100,00 al giorno per persona, per un periodo massimo di 30 giorni a ricovero/anno

Assistenza Infermieristica Individuale: limite annuo di € 3.900,00

Trasporto assicurato e accompagnatore

Italia e stati della UE limite di € 3.000,00 per ricovero
Resto del mondo limite di € 6.000,00 per ricovero

Tali massimali sono da intendersi per il Titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Acquisto, noleggio e manutenzione apparecchi protesici, terapeutici e sanitari: limite annuo di € 5.500,00

Tale massimale è da intendersi per il Titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Cure palliative e terapie del dolore: limite di € 15.000,00 per evento

Costi funerari e rimpatrio salma solo in caso di decesso all'estero: limite annuo di € 10.000,00

Indennità sostitutiva:

- € 155,00 al giorno – massimale annuo di 180 giorni /assistito (franchigia due giorni)
- € 50,00 al giorno per ricoveri e Day Hospital pre e post intervento
- Spese pre/post: secondo i limiti temporali previsti e con l'applicazione delle franchigie e scoperti previsti per i "Grandi interventi chirurgici e i gravi eventi morbosi"
- Ticket: al 100%

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE DI ALTA DIAGNOSTICA

Massimale annuo: € 15.000,00

Il massimale di € 15.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Condizioni di liquidazione:

Diretta: - Notai in esercizio: al 100%

- Notai in pensione: franchigia di € 50,00 per prestazione

Rimborso: Notai in esercizio e Notai in Pensione franchigia € 100,00 per prestazione

Ticket: 100%

MEDICINA PREVENTIVA

Massimale annuo: € 1.000,00

Il massimale di € 1.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Condizioni di liquidazione:

Diretta e Rimborso: 100% entro il massimale annuo

Prestazioni erogabili solo in forma diretta:

Visita dermatologica con mappature dei nei, sangue occulto nelle feci, pacchetto di analisi di laboratorio generico come da elenco presente nelle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE art. 4.4.7.

Nota: Il pacchetto analisi di laboratorio generico deve essere effettuato in un'unica soluzione.

CURE ONCOLOGICHE (prestazioni mediche ed infermieristiche, esami ed accertamenti diagnostici, cure, trattamenti e terapie comprensive di eventuale Day Hospital o ricovero)

Massimale annuo: € 50.000,00

Il massimale di € 50.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Condizioni di liquidazione: 100% entro il limite annuo di € 50.000,00

Nota: in caso di esaurimento del massimale (€ 50.000,00) verranno applicati nell'ordine i massimali e gli scoperti previsti per i "Grandi interventi chirurgici ed i gravi eventi morbosi" nonché quelli previsti al piano sanitario integrativo GARANZIE "B" qualora sottoscritto.

FOLLOW UP ONCOLOGICO (prestazioni diagnostiche previste dai protocolli di osservazione)

Massimale annuo: € 10.000,00

Il massimale di € 10.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

Condizioni di liquidazione: al 100%

Nota: per aver diritto alla copertura è condizione essenziale, alla prima richiesta di rimborso, esibire la tessera di esenzione rilasciata dalla A.S.L. recante il codice specifico per patologia. Non sarà necessario ripresentarla per le successive richieste.

COPERTURA PER NON AUTOSUFFICIENZA

Massimale mensile a rimborso: € 250,00 procapite al mese per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità della polizza delle spese sostenute come da elenco riportato nelle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE art. 4.4.10.

Condizioni di liquidazione: al 100% entro il limite mensile

- **Prestazioni di assistenza per non autosufficienza** quando l'invalido civile al 100% si trovi in uno stato tale,

accertato e definitivo, da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana: la garanzia prevede la fornitura di specifici servizi a domicilio o in rete, all'interno del massimale di € 500,00 al mese come da elenco riportato nelle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE art. 4.4.10.

Si precisa che per la parte eccedente il predetto massimale mensile, l'Assistito avrà diritto a richiedere il rimborso ove previsto dalle precedenti garanzie di polizza.

Per attivare la copertura delle prestazioni assistenziali previste in caso di non autosufficienza definitiva al 100% con accompagnamento qualora ricorrano le condizioni previste alla lettera b) delle CGA, contattare il Numero Verde Blue Assistance **800.183.433** e selezionare il digit numero **5**.

Nota: la condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente di una copia del Verbale della Commissione di prima istanza per invalidità civile da cui risulti che l'assistito è riconosciuto invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento. Inoltre, per le prestazioni di assistenza per non autosufficienza, è necessario che sia allegato un certificato del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza redatto su apposito modello fornito dall'assicuratore con compilazione della relazione sulle cause della perdita dell'autosufficienza.

INDENNITA' per GRAVE INVALIDITA' PERMANENTE da INFORTUNIO

In caso di IP (Invalidità permanente) superiore al 66% indennizzo pari al capitale assicurato di € 60.000,00.

Condizioni di liquidazione: denuncia da presentare entro 60 gg. dall'infornio.

Nota: garanzia gestita dall'Ufficio Sinistri Complessi Previdenza i cui riferimenti sono presenti alla Sezione numeri utili.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE E SCOPERTI

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per spese in area Ricovero:

Esempio ricovero per Grande intervento chirurgico / Grave evento morboso		
	A in rete (struttura e medici entrambi convenzionati)	B fuori rete (struttura e medici entrambi non convenzionati)
Importo fattura per intervento chirurgico	€ 15.000	
Franchigia / Scoperto	Non operante	SCOPERTO: 10%
Rimborso	€ 15.000	€ 13.500

Esempio ricovero per Grande intervento chirurgico / Grave evento morboso – in forma mista		
	C Quota in rete (struttura convenzionata)	C Quota fuori rete (equipe medica non convenzionata)
Importo fatture per intervento chirurgico	€ 5.000	€ 10.000
Franchigia / Scoperto	Non operante	SCOPERTO: 10%
Rimborso	€ 5.000	€ 9.000

Esempio A: rimborso di € 15.000 (assenza di scoperti).

Esempio B: rimborso di € 13.500 (ottenuto sottraendo lo scoperto del 10% sul totale richiesto).

Esempio C: rimborso di € 14.000 (di cui € 5.000 in assenza di scoperti relativamente alla quota di fatturazione della struttura e 9.000 relativo alla quota dell'equipe medica non convenzionata, ottenuta sottraendo al richiesto il 10%).

In caso di prestazione mista, ovvero qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione (intervento chirurgico o ricovero medico) presso una Struttura Convenzionata con il Network, ma l'équipe medica non convenzionata, saranno a carico dell'Assicuratore, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione.

Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assistito e verranno liquidate in forma rimborsuale.

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per spese extra ricovero di alta diagnostica:

Esempio extra ricovero di alta diagnostica		
	A in rete (struttura e medici entrambi convenzionati)	B fuori rete (struttura e medici entrambi non convenzionati)
Importo fattura esame di alta diagnostica	€ 250	
Franchigia	Non operante per notai in esercizio	€ 100,00 per notai in esercizio
	€ 50,00 per notai in pensione	€ 100,00 per notai in pensione
Rimborso	€ 250,00 (notai in esercizio)	150,00 (notai in esercizio)
	€ 200,00 (notai in pensione)	€ 150,00 (notai in pensione)

Esempio A: rimborso di € 250 per notai in esercizio, € 200 per notai in pensione (ottenuto sottraendo € 50,00 all'importo della fattura di € 250,00).

Esempio B: rimborso di € 150 per entrambe le categorie (ottenuto sottraendo € 100,00 all'importo della fattura di € 250,00).

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO - GARANZIA "B"

Massimale annuo: € 200.000,00

Tale massimale deve intendersi per l'intero nucleo familiare per tutte quelle garanzie che non sono previste nel Piano Sanitario Base – Garanzie "A".

PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI E DAY HOSPITAL CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE RESI NECESSARI DA INFORTUNIO E MALATTIA, PARTO, CHE RISULTINO IN GARANZIA A TERMINI DI POLIZZA

Condizioni di liquidazione:

Diretta: al 100%

Rimborso: scoperto 10%

Forma Mista: - costi di struttura medesime regole previste dall'assistenza diretta
- onorari medici medesime regole previste per la formula a rimborso

Ticket / Trattamento alberghiero: al 100%

Nota: In caso di intervento chirurgico effettuato in regime di Day Hospital o ambulatorialmente in assistenza indiretta viene applicato lo scoperto del 30% per i notai attivi, del 35% per i notai pensionati.

Spese pre e post ricovero:

Pre ricovero: limite di 90 gg

Post ricovero: limite di 120 gg

Condizioni di liquidazione:

Diretta: al 100%

Rimborso: scoperto 10%

Ticket: 100%

Accompagnatore € 100,00 al giorno – per un periodo massimo di 30 giorni per ricovero/anno

Trasporto assicurato e accompagnatore:

Italia e UE limite di € 3.000,00 per ricovero

Resto del mondo limite di € 6.000,00 per ricovero

Trasporto e Rimpatrio salma:

Italia limite di € 2.000,00

Estero limite annuo di € 5.000,00

Indennità sostitutiva

Massimale: 155 € al giorno massimo 180 giorni anno/persona

Nota: in caso di Day Hospital l'importo sarà pari al 50%

Parto

Massimale parto spontaneo: € 3.000,00 per evento

Massimale parto cesareo: € 6.000,00 per evento

Condizioni di liquidazione:

Diretta / Rimborso: 100%

VISITE SPECIALISTICHE, DIAGNOSTICA CORRENTE, PRESTAZIONI TERAPICHE E FISIOTERAPICHE

Massimale annuo / nucleo: € 5.000,00

Condizioni di liquidazione

Diretta: - Notai in esercizio: al 100%

- Notai in pensione: franchigia di € 50,00 per prestazione o ciclo di terapie;

Rimborso: franchigia di € 50,00 per prestazione/€ 100 per ciclo di prestazioni

Ticket: 100%

PACCHETTO MATERNITA'

Massimale per evento per prestazioni in forma diretta: nessun limite previsto

Massimale per evento per prestazioni in forma rimborsuale: € 800,00

Condizioni di liquidazione:

Diretta/Rimborso: al 100%

In caso di stato di gravidanza debitamente certificato, l'Assicuratore rimborsa le seguenti prestazioni:

- n° 3 ecografie di controllo;
- n° 8 analisi clinico-chimiche;
- n° 4 visite di controllo ostetrico-ginecologiche.

Nota: ai fini del rimborso, tutta la documentazione dovrà essere inviata in un'unica soluzione.

PROTESI ORTOPEDICHE, APPARECCHI E AUSILI MEDICI

Massimale annuo/nucleo: € 3.200,00

Condizioni di liquidazione:

Diretta/Rimborso: scoperto 20%

Nota: Si precisa che sono altresì rimborsati gli ausili medici, ortopedici, acustici e le protesi con un sottolimito di € 600,00.

CURE ODONTOIATRICHE

La garanzia Cure odontoiatriche del Piano sanitario Integrativo come da Art. 4.5 – lett. E della Sezione 4 GARANZIA “B” – PIANO SANITARIO INTEGRATIVO opera esclusivamente in rete (pagamento diretto) previa autorizzazione della Centrale Operativa e consente agli assistiti l'accesso agli studi odontoiatrici convenzionati del network di Blue Assistance, permettendo loro di usufruire entro il massimale annuo di € 200.000,00 delle seguenti prestazioni:

1. **prevenzione odontoiatrica:** visita specialistica e seduta di igiene orale (ablazione tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni), nel limite di un'unica soluzione all'anno per ciascuna persona assicurata, con spesa totalmente a carico di

Reale Mutua;

2. **avulsioni:** estrazioni dentarie, con costo a carico dell'iscritto diversificato a seconda si tratti di estrazione semplice (franchigia fissa € 35,00) o complessa (franchigia fissa € 120,00);
3. **prestazioni di implantologia:** applicazione di impianti, con costo a carico dell'Assistito di € 800,00 (franchigia fissa) per ciascun impianto;
4. **pacchetto emergenza odontoiatrica:** cure d'emergenza a seguito di infortunio documentato da certificato di accesso al Pronto Soccorso, nel limite di una volta all'anno per ciascuna persona assicurata, con spesa totalmente a carico di Reale Mutua.

Per avvalersi del pagamento diretto, l'Assicurato deve recarsi presso una struttura sanitaria odontoiatrica convenzionata, la quale provvederà a compilare il piano di cure pre-trattamento odontoiatrico e a richiederne autorizzazione direttamente a Blue Assistance attraverso i canali messi a disposizione dalla stessa. L'invio della richiesta di autorizzazione, effettuata dal Centro Odontoiatrico, deve avvenire almeno 48 ore prima dall'inizio del trattamento. Al momento dell'accesso al Centro Odontoiatrico, l'Assicurato sottoscrive il "Piano di Cure", che costituisce la denuncia del sinistro. Blue Assistance provvede alla valutazione dello stesso ed alla comunicazione alla struttura sanitaria delle prestazioni assicurate. Al momento della conclusione del "Piano di Cure", l'Assicurato deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (prestazioni non contemplate dalla garanzia e/o franchigie e scoperti previsti in polizza).

Per tutte le altre cure dentarie:

- conservativa
- chirurgia
- protesica
- ortognatodonzia
- igiene orale e paradontologia
- diagnostica

la copertura opera sotto forma di "**accesso a tariffe in convenzione**". Ossia viene garantita agli assistiti la possibilità di godere di vantaggi economici rispetto alla spesa per le medesime prestazioni erogate privatamente dall'odontoiatra, grazie a convenzioni stipulate ad hoc con singoli medici odontoiatri/studi odontoiatrici, capillarmente diffusi sul territorio.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Massimale annuo: € 5.000,00

Il massimale di € 5.000,00 è da intendersi per il titolare ovvero per nucleo familiare in caso di adesione al piano integrativo Family per tutte le prestazioni previste dalle Condizioni Generali di Assicurazione alla Sezione 4 GARANZIE "A" – PIANO SANITARIO BASE.

La presente garanzia comprende le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale sempre relativi ai seguenti interventi: osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso; cisti follicolari; cisti radicolari; adamantinoma; odontoma; ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Condizioni di liquidazione:

Diretta/Rimborso: scoperto del 15%

COSTI ANNUALI DEL PIANO INTEGRATIVO

“Formula Single” – adesione del solo titolare: contributo annuo lordo € **1.290,41**;

“Formula Family” – adesione del titolare unitamente al nucleo familiare: contributo annuo lordo € **2.218,55**

Nota: per ogni figlio non a carico e convivente di età superiore ai 30 anni è previsto un contributo annuo lordo pari a € **1.020,21**

Si precisa che per nucleo familiare si intende:

- il capo nucleo (iscritto alla Cassa del Notariato come notaio in esercizio/titolare di pensione);
- il coniuge non legalmente separato o, in alternativa, il convivente more uxorio e dall’unito civilmente;
- i figli (conviventi e non) fiscalmente a carico (senza limite di età);
- i figli (conviventi) non fiscalmente a carico fino ai 30 anni.

Sono comunque compresi i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione. Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del convivente more uxorio e dell’unito civilmente.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE E SCOPERTI

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto in area Ricovero:

Esempio Ricovero con o senza intervento chirurgico		
	A in rete (struttura e medici convenzionati)	B fuori rete (struttura e medici non convenzionati)
Importo fattura per intervento chirurgico	€ 5.000	
Franchigia / Scoperto	Non operante	Scoperto 10%
Rimborso	€ 5.000	€ 4.500

Esempio ricovero per intervento chirurgico in forma MISTA		
	C Quota in rete (struttura convenzionata)	C Quota fuori rete (equipe medica non convenzionata)
Importo fatture per intervento chirurgico	€ 5.000	€ 10.000
Franchigia / Scoperto	Non operante	Scoperto 10%
Rimborso	€ 5.000	€ 9.000

Esempio A: rimborso di € 5.000 (assenza di scoperti).

Esempio B: rimborso di € 4.500 (ottenuto sottraendo lo scoperto del 10% sul totale richiesto).

Esempio C: rimborso di € 14.000 (di cui € 5.000 in assenza di scoperti relativamente alla quota di fatturazione della struttura e

9.000 relativo alla quota dell'equipe medica non convenzionata, ottenuta sottraendo il 10%)

In caso di prestazione mista, ovvero qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione (intervento chirurgico o ricovero medico) presso una Struttura Convenzionata con il Network, ma l'equipe medica non convenzionata, saranno a carico dell'Assicuratore, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione.

Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assistito e verranno liquidate in forma rimborsuale.

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per intervento in regime di day hospital o ambulatoriale:

Esempio intervento in regime di Day Hospital o ambulatoriale		
	A in rete (struttura e medici convenzionati)	B fuori rete (struttura e medici non convenzionati)
Importo fattura per intervento chirurgico	€ 2.000	
Franchigia / Scoperto	Non operante	Notai in esercizio scoperto 30% Notai in pensione scoperto 35%
Rimborso	€ 2.000 (notai in esercizio)	€ 1.400 (notai in esercizio)
	€ 2.000 (notai in pensione)	€ 1.300 (notai in pensione)

Esempio A: rimborso di € 2.000 (nessuna franchigia o scoperto applicato).

Esempio B notaio in esercizio: rimborso di € 1.400 (ottenuto sottraendo € 600, ovvero il 30%, all'importo di € 2.000).

Esempio B notaio in pensione: rimborso di € 1.300 (ottenuto sottraendo € 700, ovvero il 35%, all'importo di € 2.000).

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per una prestazione per visite specialistiche – diagnostica corrente – prestazioni terapiche e fisioterapiche:

Esempio extraricovero		
	A in rete (struttura e medici convenzionati)	B fuori rete (struttura e medici non convenzionati)
Importo fattura esame/visita extraricovero	€ 120	
Franchigia / Scoperto	Non operante per notai in esercizio	€ 50,00 per i notai in esercizio
	€ 50,00 per notai in pensione	€ 50,00 per notai in pensione
Rimborso	€ 120,00 per i notai in esercizio	€ 70,00 per i notai in esercizio
	€ 70,00 per i notai in pensione	€ 70,00 per i notai in pensione

Esempio A: rimborso di € 120 per notai in esercizio, € 70 per notai in pensione (ottenuto sottraendo € 50,00 all'importo della fattura di € 120,00).

Esempio B: rimborso di € 70 per entrambe le categorie.

GUIDA ALL'ACCESSO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DESTINATA AGLI ISCRITTI ALLA CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO TRIENNIO 2022/2025

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni sanitarie.

AREA RISERVATA SUL SITO DI BLUE ASSISTANCE

L'accesso all'area dedicata permetterà di:

- consultare le **informazioni** relative alle prestazioni garantite dal piano sanitario;
- cercare una **Struttura Sanitaria** o un **Medico Convenzionato**, interrogando il sistema per chiave geografica, branca specialistica o nome dello specialista ed eventualmente richiedere la prestazione in forma diretta;
- essere aggiornato sullo **stato delle pratiche** presentate, con il massimo livello di dettaglio, anche sulla loro liquidazione;
- richiedere un **rimborso online**;
- richiedere una prestazione in **forma diretta online** senza necessità di contattare preventivamente la Centrale Operativa;
- stampare un **Voucher per l'accesso a tariffe preferenziali** presso il Network Blue Assistance, da utilizzare esclusivamente in caso di prestazioni non previste dal Piano Sanitario o per esaurimento dei massimali.

COME REGISTRARSI


Per accedere all'area riservata di Blue Assistance è necessario effettuare una registrazione seguendo la procedura di seguito riportata.

Al primo accesso al sito www.blueassistance.it, raggiungibile anche dal sito della [Cassa del Notariato](#), cliccare sul pulsante **Registrazione** e successivamente sul pulsante **Registrati per l'Area Riservata**.



Il form di richiesta va compilato con i propri dati personali e con l'indirizzo mail che corrisponderà alla Username per effettuare l'accesso alla propria **Area Riservata**.

Una volta terminata la fase di compilazione, cliccare sul pulsante **Registrati**.



? Help

Registrazione alla tua Area Riservata

Compila tutti i campi richiesti.


Se sei una **Struttura Sanitaria** o un **fornitore** convenzionato [clicca qui](#) per richiedere le credenziali di accesso.

Nome	Cognome
Data di nascita	Codice fiscale
Email ?	Conferma email
Password ?	Conferma password

Non sono un robot 


[Accetto termini e condizioni](#)

Registrati



Se hai problemi con la registrazione:

[Vai al form Problemi di registrazione](#)



Verrà inviata una mail automatica all'indirizzo e-mail inserito in fase di registrazione contenente il link per confermare ed attivare l'utenza.

Cliccare quindi sul link contenuto nella mail.

Registrazione alla tua Area Riservata

✓ Complimenti!

Registrazione avvenuta con successo.
Ora potrai accedere a tutti i nostri servizi.

Login

Cliccare sul pulsante **Login** per effettuare l'accesso con le credenziali inserite in fase di registrazione.



Accedi alla tua Area Riservata

Username

Password

Accedi

[Non sei registrato? Clicca qui](#)

[Hai dimenticato la username?](#)

[Hai dimenticato la password?](#)

Lo stesso form è accessibile dal sito www.blueassistance.it cliccando sul pulsante **Area Riservata**.

Per eventuali problemi in fase di registrazione invitiamo a compilare il form **“Problemi di Registrazione?”**.
Oppure sul link **“HELP”**.



CHI SIAMO LA NOSTRA OFFERTA MYNET.BLUE NETWORK

FAQ CONTATTI DOVE SIAMO

AREA RISERVATA

Registrazione



Help

Registrazione alla tua Area Riservata

Compila tutti i campi richiesti.

Se sei una **Struttura Sanitaria** o un **fornitore** convenzionato [clicca qui](#) per richiedere le credenziali di accesso.

Nome

Cognome

RICHIESTE PRESTAZIONI IN STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE - CONVENZIONAMENTO DIRETTO

È possibile richiedere una prestazione in forma diretta con le seguenti modalità:

➤ **ONLINE sull'Area Riservata Blue Assistance (valida per tutte le prestazioni di Ricovero ed Extraricovero)**

Attraverso l'Area Riservata di [Blue Assistance](#), raggiungibile anche dal sito della [Cassa del Notariato](#), è possibile **richiedere l'attivazione in forma diretta** in Strutture Sanitarie Convenzionate.

Per poter richiedere una prestazione in forma Diretta occorrerà aver già prenotato presso la struttura prescelta; la richiesta dovrà essere effettuata, **almeno 2 giorni lavorativi (48h) prima della prestazione**, direttamente dall'Area Riservata compilando il relativo form.

Completata la sezione dati, l'Assicurato deve allegare la prescrizione medica e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione.

Entro il termine massimo di 24 ore dalla prestazione l'Assistito riceverà una e-mail con la conferma della presa in carico della prestazione.

➤ **Tramite Centrale Operativa (valida per tutte le prestazioni di Ricovero ed Extraricovero)**

Laddove l'Assistito preferisca richiedere l'attivazione in forma diretta telefonicamente deve preventivamente prendere contatto con la Centrale Operativa telefonando al numero verde dedicato con un preavviso di **almeno due giorni lavorativi (48h)** dalla data fissata per l'appuntamento, comunicando:

- generalità e, qualora necessario per l'identificazione, numero di polizza;
- prescrizione medica della prestazione richiesta in cui sia indicata la motivazione e/o il dubbio diagnostico;
- indicazione della struttura sanitaria e del medico.

Se la richiesta ha carattere di urgenza e perviene oltre il termine del preavviso minimo di 2 giorni lavorativi, la Centrale Operativa si impegna a gestirla. Limitatamente ai ricoveri, in caso di comprovata urgenza (documentata da certificato di prescrizione medica), ove il preavviso non fosse possibile, l'Assistito, entro e non oltre 48 (quarantotto) ore dal ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.

La Centrale Operativa di Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati:

- **dalle ore 9 alle ore 19.30 dal lunedì al venerdì**, per la **presa in carico** di prestazioni in forma diretta in strutture sanitarie e con medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le **informazioni** per la scelta della struttura e dei medici più idonei;
- **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**, per prestazioni di **assistenza** alla persona e per **consigli medici** per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Dall'Italia: Numero verde 800.183.433

Dall'estero: Prefisso internazionale +39 011.741.7419

Area Riservata: www.blueassistance.it

Si rimanda alla SEZIONE 3 punto a) delle condizioni di polizza per maggiori dettagli sulle modalità di accesso alle prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate e al punto b) per maggiori dettagli sulle prestazioni in strutture sanitarie convenzionate, ma con equipe medica non convenzionata (convenzionamento misto).

➤ **Cure odontoiatriche (solo per piano integrativo)**

Per avvalersi del pagamento diretto, l'Assicurato deve recarsi presso una struttura sanitaria odontoiatrica convenzionata, la quale provvederà a compilare il piano di cure pre-trattamento odontoiatrico e a richiederne autorizzazione direttamente a Blue Assistance attraverso i canali messi a disposizione dalla stessa. L'invio della richiesta di autorizzazione, effettuata dal Centro Odontoiatrico, deve avvenire almeno 48 ore prima dall'inizio del trattamento.

N.B. Al fine di poter richiedere una presa in carico di una prestazione in rete, l'Assicurato titolare del solo Piano Base, al primo accesso al portale di Blue Assistance viene rimandato ad una pagina denominata "Raccolta Privacy", nella quale in fase di download, deve dichiarare preventivamente di aver preso atto dell'Informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali e di acconsentire al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che lo riguardano, in maniera funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare.

La suddetta documentazione una volta stampata e sottoscritta deve essere caricata a mezzo portale.

Solamente una volta portato a compimento il processo di caricamento, si potranno utilizzare le funzioni dispositive.

RICHIESTE DI RIMBORSO

➤ **ONLINE sull'Area Riservata Blue Assistance**

Per chiedere il rimborso delle spese sostenute accedere all'apposita funzione presente nell'Area Riservata del portale di Blue Assistance - www.blueassistance.it, raggiungibile anche dal sito della [Cassa del Notariato](#).

Gli step per l'inserimento della domanda di rimborso sono i seguenti:

- selezione **dell'Assicurato** che ha eseguito la prestazione
- inserimento dei propri dati **bancari**
- caricamento dei dati per ciascuna **fattura di spesa**
- **upload** di ciascuna fattura e della documentazione medica richiesta.

Alla chiusura della pratica di richiesta di rimborso, l'Assistito riceverà via **email** il **prospetto liquidativo** con il dettaglio delle somme rimborsate.

È possibile monitorare lo stato di avanzamento dei documenti trasmessi direttamente sul portale.

Laddove Blue Assistance abbia necessità di ulteriore documentazione ai fini della valutazione della pratica, verrà inviata

una mail all'Assistito con la richiesta. La documentazione integrativa sarà possibile trasmetterla sempre attraverso il portale recuperando la precedente richiesta inizialmente caricata.

Qualora fosse necessario inviare dei documenti cartacei perché, per esempio, troppo voluminosi (tipo cartella clinica) è possibile procedere tramite portale compilando e stampando il modulo di richiesta rimborso che, una volta sottoscritto, dovrà essere trasmesso insieme ai documenti.

Per i dettagli sulla documentazione medica e di spesa da presentare si rimanda alla Sezione 3 punto c) delle condizioni di polizza.

Il rimborso viene effettuato tramite bonifico bancario sulle coordinate (IBAN) inserite nel portale di Blue Assistance.

➤ **Modalità Cartacea con posta tradizionale**

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il **Modulo** di richiesta di rimborso reperibile sulla propria Area Riservata compilandolo in ogni sua parte ed allegando fotocopia della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

Blue Assistance S.p.A. – c.a. Ufficio Liquidazione Danni – Via Santa Maria, 11 - 10122 – Torino (TO)

N.B. Al fine di poter richiedere un rimborso, l'Assicurato titolare del solo Piano Base, al primo accesso al portale di Blue Assistance viene rimandato ad una pagina denominata "Raccolta Privacy", nella quale in fase di download, deve dichiarare preventivamente di aver preso atto dell'Informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali e di acconsentire al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che lo riguardano, in maniera funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare.

La suddetta documentazione una volta stampata e sottoscritta deve essere caricata a mezzo portale.

Solamente una volta portato a compimento il processo di caricamento, si potranno utilizzare le funzioni dispositive.

ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ADESIONE ONLINE ALLA COPERTURA SANITARIA

Reale Mutua Assicurazioni sempre pronta e attenta ad adottare modelli di comportamento innovativi al passo con le esigenze dei suoi Assistiti ed a privilegiare la qualità dei processi informatici con l'utilizzo di strumenti di miglioramento, è lieta di presentarVi le novità del nuovo Modulo di Adesione online per la polizza sanitaria della Cassa Nazionale del Notariato.

Da oggi in poi tutti gli Assistiti navigando sul sito della Cassa Nazionale del Notariato nella pagina dedicata alla copertura sanitaria, avranno la possibilità di ottenere preziose informazioni, funzionalità e servizi con una migliore e facile fruizione, nonché consultare la rete sanitaria convenzionata.

La modalità di adesione al Piano Integrativo, per sé e per il proprio nucleo familiare, della polizza sanitaria, si può riassumere nei seguenti passaggi:

- Accesso al sito www.cassanotariato.it, recandosi nella sezione "ASSISTENZA";
- Sezione copertura sanitaria: selezionare la sezione riguardante la copertura sanitaria integrativa e cliccare il link "Modulo di Adesione";
- Compilazione del Modulo online: compilare il modulo informatizzato preposto in ogni campo obbligatorio (contrassegnato dal simbolo *);

- Salvare la richiesta: una volta completata la compilazione, salvare la richiesta attraverso l'apposito pulsante presente all'interno del modulo informatizzato; automaticamente il sistema in caso di compilazione corretta, genererà un primo messaggio istantaneo di esito positivo alla richiesta;
- Ricezione documenti a mezzo mail: l'iscritto riceverà una mail contenente tutta la documentazione precompilata digitalmente in pdf, ai sensi della vigente normativa Ivass;
- Stampa, Firma e Invio della Documentazione: stampare e firmare negli appositi spazi indicati la documentazione ricevuta ed inviarla all'indirizzo e-mail affarispeciali@realemutua.it
- Conferma della copertura: l'iscritto riceverà, una volta esaminata la richiesta e nei tempi tecnici utili, una mail definitiva di avvenuta conferma di copertura.

Si ricorda che per qualsiasi informazione e/o richiesta di supporto di carattere amministrativo, rimarrà a totale disposizione degli Assisti il numero verde 800.183.433 (scelta 3) raggiungibile da telefono fisso e cellulare.

Numeri Utili

- numero verde Blue Assistance 800.183.433
- numero verde Blue Assistance dall'estero +39 011.741.7419
- riferimento Ufficio Sinistri Complessi Previdenza sinistricomplessiprevidenza@realemutua.it