

PIANI SANITARI CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO 2022/2025

AREA	GARANZIA	PRESTAZIONI COPERTE	REGIME	CONDIZIONI COPERTURA NOTAI IN ESERCIZIO	CONDIZIONI COPERTURA PENSIONATI	MASSIMALE/PLAFOND
PIANO SANITARIO BASE						€ 400.000
OSPEDALIERE PIANO BASE	RICOVERO E DAY HOSPITAL PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	Pre ricovero (125 gg),rette di degenza, equipe chirurgica e materiale d'intervento, assistenza medica ed infermieristica, medicinali, cure ed accertamenti, trattamenti fisioterapici e rieducativi, post ricovero (155 gg dopo il ricovero)	RETE FUORI RETE SSN (differenza classe o ticket)	COPERTO AL 100% SCOPERTO DEL 10% COPERTO AL 100%	COPERTO AL 100% SCOPERTO DEL 10% COPERTO AL 100%	ENTRO IL MASSIMALE DI € 400.000
	GARANZIE ACCESSORIE AL RICOVERO Fuori rete (a rimborso) obbligo di presentazione della cartella clinica	→ Accompagnatore (vitto e pernottato) → Assistenza infermieristica individuale → Trasporto sanitario → Apparecchi protesici e sanitari → Cure palliative → Rimpatrio salma	RETE/FUORI RETE	€ 100 al giorno COPERTO AL 100% COPERTO AL 100% COPERTO AL 100% COPERTO AL 100% COPERTO AL 100%	€ 100 al giorno COPERTO AL 100% COPERTO AL 100% COPERTO AL 100% COPERTO AL 100% COPERTO AL 100%	30 giorni € 3.900 € 3.000 Italia/€ 6.000 Estero € 5.500 € 15.000 evento € 10.000
	RICOVERO O DAY HOSPITAL > 3 GG PER GRAVE EVENTO MORBOSO	Pre ricovero (100 gg),rette di degenza, assistenza medica ed infermieristica, medicinali, cure ed accertamenti, prestazioni biotiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, post ricovero (120 gg dopo il ricovero)	RETE FUORI RETE SSN (differenza classe o ticket)	COPERTO AL 100% SCOPERTO DEL 10% COPERTO AL 100%	COPERTO AL 100% SCOPERTO DEL 10% COPERTO AL 100%	ENTRO IL MASSIMALE DI € 400.000
	TRATTAMENTO DOMICILIARE PER GRAVE EVENTO MORBOSO	Visite specialistiche, esami ed accertamenti, terapie, assistenza medica ed infermieristica nei 180 gg post prima diagnosi	RETE FUORI RETE SSN (differenza classe o ticket)	COPERTO AL 100% SCOPERTO DEL 10% COPERTO AL 100%	COPERTO AL 100% SCOPERTO DEL 10% COPERTO AL 100%	
	GARANZIE ACCESSORIE AL RICOVERO Fuori rete (a rimborso) obbligo di presentazione della cartella clinica	→ Trasporto sanitario → Apparecchi protesici e sanitari → Cure palliative → Rimpatrio salma	RETE/FUORI RETE	COPERTO AL 100% COPERTO AL 100% COPERTO AL 100% COPERTO AL 100%	COPERTO AL 100% COPERTO AL 100% COPERTO AL 100% COPERTO AL 100%	€ 3.000 Italia/€ 6.000 Estero € 5.500 € 15.000/evento € 10.000

AREA	GARANZIA	PRESTAZIONI COPERTE	REGIME	CONDIZIONI COPERTURA NOTAI IN ESERCIZIO	CONDIZIONI COPERTURA PENSIONATI	MASSIMALE/PLAFOND
EXTRAOSPEDALIERE PIANO BASE	INDENNITA' SOSTITUTIVA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E GRAVE EVENTO MORBOSO Obbligo di presentazione della cartella clinica	In caso di ricovero a carico del SSN, qualora l'assistito non presenti richiesta di rimborso, potrà essere erogata un'indennità giornaliera per ricovero a partire dal 3° gg o per day hospital. Potrà essere richiesto, contestualmente, anche il rimborso delle spese pre e post se previsto dalla specifica garanzia.	FUORI RETE FUORI RETE	RICOVERO: € 155/die (con franchigia di 2gg) DAY HOSPITAL € 50/DIE	RICOVERO: € 155/die (con franchigia di 2 gg) DAY HOSPITAL € 50/DIE	180 GG/assistito
	ALTA DIAGNOSTICA Obbligo di prescrizione medica con patologia presunta o accertata.	Accertamenti diagnostici di alta specializzazione come da elenco. A titolo esemplificativo: amniocentesi, biopsia, coronarografia, clisma opaco, doppler, ecocardiografia holter, elettromiografia, endoscopie, isterosalpingografia, retinografia, RMN, scintigrafia, TAC, villocentesi.	RETE FUORI RETE SSN (TICKET)	COPERTO AL 100% FRANCHIGIA DI € 100 (a prestazione/ciclo) COPERTO AL 100%	FRANCHIGIA DI € 50 (a prestazione/ciclo) FRANCHIGIA DI € 100 (a prestazione/ciclo) COPERTO AL 100%	€ 15.000
	PREVENZIONE Senza obbligo di presentazione della prescrizione medica.	Prestazioni come da elenco: UOMINI: visita urologica, ecografia addome/transrettale/vie urinarie, esame urine, PSA e PSAF. DONNE: visita ginecologica e, senologica, eco addome, eco mammaria, mammografia, eco pelvica e transvaginale, MOC, pap-test e HPV DNA. ENTRAMBI I SESSI: RX torace, colonscopia, visita cardio con ecg semplice o da sforzo, ecodoppler TSA ***** ENTRAMBI I SESSI: Visita dermatologica con mappa nei, sangue occulto, pacchetto analisi di laboratorio.	RETE/FUORIRETE ***** SOLO IN RETE	COPERTO AL 100% ***** COPERTO AL 100%	COPERTO AL 100% ***** COPERTO AL 100%	€ 1.000

AREA	GARANZIA	PRESTAZIONI COPERTE	REGIME	CONDIZIONI COPERTURA NOTAI IN ESERCIZIO	CONDIZIONI COPERTURA PENSIONATI	MASSIMALE/PLAFOND
ONCOLOGICHE PIANO BASE	CURE ONCOLOGICHE Obbligo di prescrizione medica dell'oncologo o del medico di base	Sono coperte le prestazioni mediche ed infermieristiche, esami ed accertamenti, cure, trattamenti, terapie riconosciute dai protocolli internazionali comprensivi dell'eventuale degenza.	RETE/FUORI RETE	COPERTO AL 100%	COPERTO AL 100%	€ 50.000
	FOLLOW UP ONCOLOGICO Obbligo di prescrizione medica dell'oncologo o del medico di base e del tesserino di esenzione con codice 048	Sono coperte le prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia.	RETE/FUORI RETE	COPERTO AL 100%	COPERTO AL 100%	€ 10.000
NON AUTOSUFFICIENZA (invalidità) PIANO BASE	COPERTURA PER NON AUTOSUFFICIENZA Obbligo di esibizione verbale della Commissione invalidità civile attestante l'invalidità al 100% con diritto all'accompagnamento.	Gli assistiti con invalidità civile al 100% con diritto all'accompagnamento possono chiedere il rimborso delle spese connesse alla non autosufficienza. A titolo esemplificativo: → ricoveri di lunga degenza → assistenza (badante) → prestazioni infermieristiche, fisioterapiche e riabilitative → acquisto e noleggio di carrozzelle, poltrone, letti ortopedici; → ausili e presidi sanitari; → farmaci non rimborsati dal SNN → altre spese comunque connesse con lo stato di non autosufficienza	FUORI RETE (A RIMBORSO)	COPERTO AL 100%	COPERTO AL 100%	€ 250 MESE/assistito

AREA	GARANZIA	PRESTAZIONI COPERTE	REGIME	CONDIZIONI COPERTURA NOTAI IN ESERCIZIO	CONDIZIONI COPERTURA PENSIONATI	MASSIMALE/PLAFOND
	ASSISTENZA PER NON AUTOSUFFICIENZA Obbligo di esibizione verbale della Commissione di invalidità civile attestante l'invalidità al 100% con diritto all'accompagnamento e certificato medico su modello fornito dall'assicuratore	Gli assistiti con invalidità civile al 100% con accompagnamento e con limitazione di almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, muoversi, spostarsi) possono chiedere l'erogazione dei seguenti servizi: → infermiere/ badante → riabilitazione e fisioterapia → visite specialistiche → ambulanza → prestazioni in regime di ricovero Oltre a servizi di informazione sociosanitari (24h) e prestazioni a tariffe convenzionate in caso di esaurimento del massimale.	RETE	EROGAZIONE DI SERVIZI	EROGAZIONE DI SERVIZI	€ 500 MESE/assistito
INVALIDITA' PERMANENTE PIANO BASE	INDENNITA' PER GRAVE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO La denuncia con dettaglio dell'accaduto va presentata in carta libera entro 60 gg dall'incidento.	In caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente di grado superiore al 66% è prevista l'erogazione di un indennizzo una tantum.	FUORI RETE (RIMBORSO)	LIQUIDAZIONE MASSIMALE	LIQUIDAZIONE MASSIMALE	€ 60.000/assistito

AREA	GARANZIA	PRESTAZIONI COPERTE	REGIME	CONDIZIONI COPERTURA NOTAI IN ESERCIZIO	CONDIZIONI COPERTURA PENSIONATI	MASSIMALE/PLAFOND
PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE						€. 200.000
OSPEDALIERE PIANO INTEGRATIVO	<p>RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO (interventi chirurgici non compresi nell'elenco dei grandi interventi del piano base)</p> <p>GARANZIE ACCESSORIE</p> <p>Fuori rete (a rimborso) obbligo di presentazione della cartella clinica</p>	<p>Pre ricovero (90 gg),rette di degenza, equipe chirurgica e materiale d'intervento, assistenza medica ed infermieristica, medicinali, cure ed accertamenti, trattamenti fisioterapici e rieducativi, post ricovero (120 gg dopo il ricovero)</p> <p>→ Accompagnatore (vitto e pernottato) → Trasporto sanitario → Rimpatrio salma</p>	<p>RETE</p> <p>FUORI RETE</p> <p>SSN (differenza classe o ticket)</p> <p>RETE/FUORI RETE</p>	<p>COPERTO AL 100%</p> <p>SCOPERTO DEL 10%</p> <p>COPERTO AL 100%</p> <p>€. 100/die COPERTO AL 100% COPERTO AL 100%</p>	<p>COPERTO AL 100%</p> <p>SCOPERTO DEL 10%</p> <p>COPERTO AL 100%</p> <p>€. 10°/die COPERTO AL 100% COPERTO AL 100%</p>	<p>30 giorni € 3.000 IT- UE/€ 6.000 altro € 2.000 Italia/€ 5.000 Estero</p>
	<p>INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE O IN DAY HOSPITAL</p> <p>Fuori rete (a rimborso) obbligo di presentazione di relazione chirurgica o cartella clinica</p>	<p>Sono coperte le stesse prestazioni previste per il ricovero con intervento chirurgico.</p>	<p>RETE</p> <p>FUORI RETE</p>	<p>COPERTO AL 100%</p> <p>SCOPERTO DEL 30%</p>	<p>COPERTO AL 100%</p> <p>SCOPERTO DEL 35%</p>	
	<p>RICOVERO O DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO CHIRURGICO (Ricoveri non conseguenti a Grave evento morboso).</p>	<p>Pre ricovero (90 gg),rette di degenza, assistenza medica ed infermieristica, medicinali, cure ed accertamenti, trattamenti fisioterapici e rieducativi, post ricovero (120 gg dopo il ricovero) N.B: Il DH a scopo preventivo non è coperto.</p>	<p>RETE</p> <p>FUORI RETE</p> <p>SSN (differenza classe o ticket)</p>	<p>COPERTO AL 100%</p> <p>SCOPERTO DEL 10%</p> <p>COPERTO AL 100%</p>	<p>COPERTO AL 100%</p> <p>SCOPERTO DEL 10%</p> <p>COPERTO AL 100%</p>	

AREA	GARANZIA	PRESTAZIONI COPERTE	REGIME	CONDIZIONI COPERTURA NOTAI IN ESERCIZIO	CONDIZIONI COPERTURA PENSIONATI	MASSIMALE/PLAFOND
	INDENNITA' SOSTITUTIVA (per intervento non grande e per ricoveri non conseguenti a grave evento morboso) Obbligo di presentazione della cartella clinica	In caso di ricovero a carico del SSN, qualora l'assistito non presenti richiesta di rimborso, potrà essere erogata un'indennità giornaliera per ricovero a partire dal primo giorno o per day hospital. Potrà essere richiesto, contestualmente, anche il rimborso delle spese pre e post se previsto dalla specifica garanzia.	FUORI RETE FUORI RETE	RICOVERO: € 155/DIE (a partire dal 1° gg) DAY HOSPITAL € 77,50/die	RICOVERO: € 155/DIE (a partire dal 1° gg) DAY HOSPITAL € 77,50/die	180 GG PER ASSISTITO
	PARTO NATURALE PARTO CESAREO Fuori rete (a rimborso) obbligo di presentazione della cartella clinica	In caso di parto in regime di ricovero è prevista la copertura delle spese entro un massimale omnicomprensivo.	RETE/FUORI RETE	€ 3.000 PARTO SPONTANEO € 6.000 PARTO CESAREO	€ 3.000 PARTO SPONTANEO € 6.000 PARTO CESAREO	€ 3.000/€ 6.000
EXTRAOSPEDALIERE GRAVIDANZA PIANO INTEGRATIVO	PACCHETTO MATERNITA' Obbligo di esibizione di certificato di gravidanza e di inoltro di tutta la documentazione in un'unica soluzione	Sono coperti i seguenti esami in gravidanza: → 3 ecografie → 8 analisi clinico-chimiche → 4 visite ostetriche	RETE FUORI RETE	COPERTO AL 100% COPERTO AL 100%	COPERTO AL 100% COPERTO AL 100%	Senza sotto limite € 800
	VISITE SPECIALISTICHE- DIAGNOSTICA CORRENTE PRESTAZIONI TERAPICHE E FISIOTERAPICHE Obbligo di prescrizione medica con patologia presunta o accertata (ANCHE IN CASO DI TICKET)	Sono coperti: → visite specialistiche con esclusione di omeopatiche, odontoiatriche e ortodontiche → analisi di laboratorio, esami ed accertamenti diagnostici (v. esclusione sopra) → prestazioni terapiche e fisioterapiche con esclusione dell'agopuntura.	RETE FUORI RETE SSN (TICKET)	COPERTO AL 100% € 50 a prestazione € 100 a ciclo di prestazioni COPERTO AL 100%	€ 50 a prestazione/ ciclo di prestazione € 50 a prestazione € 100 a ciclo di prestazioni COPERTO AL 100%	€ 5.000

AREA	GARANZIA	PRESTAZIONI COPERTE	REGIME	CONDIZIONI COPERTURA NOTAI IN ESERCIZIO	CONDIZIONI COPERTURA PENSIONATI	MASSIMALE/PLAFOND
EXTRAOSPEDALIERE SANITARIE PIANO INTEGRATIVO	PROTESI ORTOPEDICHE APPARECCHI ACUSTICI AUSILI MEDICI	Rimborso per acquisto, noleggio e riparazione di: → protesi ortopediche; → apparecchi e ausili acustici; → apparecchi e ausili protesici sanitari	FUORI RETE	SCOPERTO DEL 20%	SCOPERTO DEL 20%	€ 3.200
	Obbligo di prescrizione medica con patologia presunta o accertata.	AUSILI ORTOPEDICI E ORTESI	FUORI RETE	SCOPERTO DEL 20%	SCOPERTO DEL 20%	SOTTOMASSIMALE DI € 600
CURE ODONTOIATRICHE PIANO INTEGRATIVO	CURE ODONTOIATRICHE N.B: Per le cure conservative, chirurgiche, protesiche, di ortognatodonzia, parodontologia e diagnostica il piano integrativo mette a disposizione una convenzione con dentisti e centri odontoiatrici che sono tenuti all'applicazione del tariffario scontato concordato.	Copertura delle prestazioni odontoiatriche effettuate esclusivamente in rete come da elenco: → prevenzione (visita con igiene orale) → avulsione → implantologia → pacchetto emergenza odontoiatrica → Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero per patologie in elenco	ESCLUSIVAMENTE IN RETE → → → → <u>SIA IN RETE CHE FUORI RETE</u>	COPERTO AL 100% FRANCHIGIA € 35/€ 120 COPERTO AL 100% FRANCHIGIA € 800 COPERTO AL 100% SCOPERTO DEL 15%	COPERTO AL 100% FRANCHIGIA € 35/€ 120 COPERTO AL 100% FRANCHIGIA € 800 COPERTO AL 100% SCOPERTO DEL 15%	1 VISITA CON IGIENE/ANNO € 200.000 € 200.000 1 VOLTA L'ANNO € 5.000
	Il costo delle cure (a tariffa scontata) resta a carico dell'aderente.	Per tutte le altre prestazioni: → Conservativa, chirurgia, protesica, ortognatodonzia, parodontologia e diagnostica la copertura opera sotto forma di accesso a tariffe in convenzione	ESCLUSIVAMENTE IN RETE	Copertura da tariffario. Il tariffario indica il costo della prestazione in convenzione che resta a carico dell'Assistito	Copertura da tariffario. Il tariffario indica il costo della prestazione in convenzione che resta a carico dell'Assistito	Copertura da tariffario. Il tariffario indica il costo della prestazione in convenzione che resta a carico dell'Assistito
GARANZIE ACCESSORIE	GARANZIE ACCESSORIE VALIDE PER TUTTI GLI ASSISTITI	Le principali garanzie accessorie sono: → Rientro dal ricovero di primo soccorso → Viaggio di un familiare all'estero → Pareri medici → Informazioni sulla degenza	FUORI RETE	SENZA FRANCHIGIA	SENZA FRANCHIGIA	Sottoposto alle condizioni normative previste nel contratto

COSTI DEL PIANO INTEGRATIVO – BENEFICIARI COPERTI DALLA FORMULA INTEGRATIVA FAMILY – NUMERI DI CONTATTO

<p>PIANI SANITARI INTEGRATIVI</p>	<p>SI PUO' ADERIRE AL PIANO INTEGRATIVO SOLO NELLA FINESTRA D'INGRESSO INIZIALE E L'ADESIONE E' VALIDA PER L'INTERO TRIENNIO</p>	<p>I piani sanitari integrativi proposti sono 2:</p> <hr/> <p>PIANO SINGLE per l'aderente senza nucleo familiare che intenda completare la propria copertura individuale.</p> <hr/> <p>PIANO FAMILY per l'aderente con nucleo familiare che intenda completare la propria copertura individuale estendendo il piano base ed integrativo anche ai familiari.</p> <hr/> <p>ESTENSIONE FIGLI conviventi non fiscalmente a carico oltre i 30 anni</p>	<p>Costo annuale € 1.290,41 Frazionabile il 4 rate trimestrali dell'importo di € 322,60</p> <p>Costo annuale € 2.218,55 Frazionabile in 4 rate trimestrali dell'importo di € 554,64</p> <p>Figli conviventi non a carico oltre i 30 anni € 1.020,21</p>
<p>NUCLEO FAMILIARE</p>	<p>UNA COPERTURA COMPLETA PER LA FAMIGLIA ANAGRAFICA CONVIVENTE MA ANCHE PER I FIGLI NON CONVIVENTI SE FISCALMENTE A CARICO</p>	<p>Coniuge non legalmente separato convivente more uxorio unito civilmente Figlio fiscalmente a carico (anche non convivente) Figlio non fiscalmente a carico, convivente entro i 30 anni Figlio non convivente per il quale vi sia obbligo di mantenimento economico a seguito di separazione o divorzio Figlio del coniuge, del convivente more uxorio e dell'unito civilmente (alle medesime condizioni del figlio del titolare)</p>	<p>Il figlio non fiscalmente a carico, convivente oltre i 30 anni non è coperto dal piano Family ma può acquistare la copertura completa (base +integrativa) al costo di € 1.020,21.</p>
<p>CONTATTI</p>	<p>CONTATTARE LA CENTRALE OPERATIVA E' SEMPLICE GRAZIE AI MOLTEPLICI CANALI DISPONIBILI</p>	<p>NUMERO VERDE 800.18.34.33</p> <p>AREA RISERVATA SUL SITO DI BLUE ASSISTANCE</p> <p>APP " BLUE ASSISTANCE" </p>	<p>Attivo dalle ore 9:00 alle ore 19.30 dal lunedì al venerdì, per la presa in carico di prestazioni in forma diretta e per informazioni su rimborsi e strutture convenzionate.</p> <p>Per richiedere i rimborsi e le prese in carico dirette, consultare lo stato delle richieste e il Network convenzionato.</p> <p>Consente di effettuare dal proprio smartphone tutte le operazioni dell'area riservata. Per accedere utilizzare le stesse credenziali utilizzate per il login sul sito web di Blue Assistance</p>