# PIANI SANITARI A FAVORE DELLA CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO







# I PARTNER PER LA SANITÀ INTEGRATIVA



RBM Salute S.p.A. è la Compagnia Assicurativa specializzata nel settore salute, autorizzata all'esercizio dei Rami 1 (infortuni) e 2 (malattia) del Danni, costituita nel 2007 da Munich Health in Italia con la mission di divenire uno dei principali operatori del settore dell'assistenza sanitaria integrativa con una gamma di prodotti e servizi dedicati ai Fondi Sanitari, alle Casse Assistenziali ed ai Piani Sanitari Aziendali. Attualmente RBM Salute ha una raccolta premi di circa 300 milioni di Euro, assicura 1.9 milioni di assistiti ed è la prima Compagnia specializzata nel settore salute ed il terzo Gruppo assicurativo nel ranking ANIA del ramo malattia. Sono clienti di RBM Salute alcuni tra i più importanti Fondi Sanitari e Casse di Assistenza operanti nel territorio nazionale.

Cassa RBM Salute<sup>®</sup> 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.

Oltre
2.000.000
Assistiti
nel settore salute

Ampio network di convenzioni.

Rapidità nei pagamenti.

Tracciabilità dello stato dei sinistri.













# SINTESI Delle PRESTAZIONI



### **PIANO SANITARIO BASE**

**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 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 annnuo 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

#### PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE

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 sottolimite 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 TERAPICHE E FISIOTERAPICHE

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%



# Le prestazioni saranno erogate secondo due regimi di assistenza:

## Assistenza diretta:

- l'Assistito non anticipa alcun importo, fatta eccezione per eventuali franchigie/scoperti
- l'Assistito riceve la prestazione da strutture convenzionate del network sanitario reso disponibile da Cassa RBM Salute

Il Network è capillarmente diffuso su tutto il territorio nazionale con:

- 71.263 medici specialisti
- 8.898 operatori sanitari e socio assistenziali
- 10.791 centri diagnostici e laboratori
- 6.895 studi odontoiatrici
- 722 tra case di cura e residenze socio assistenziali
- ...per un totale di oltre 98.500 convenzioni

#### Assistenza rimborsuale:

- È possibile chiedere il rimborso delle spese sanitarie sostenute presso le Strutture liberamente selezionate
- È possibile anche presentare la domanda di rimborso online
- Verrà inviato gratuitamente un sms sul cellulare che avviserà della ricezione della tua domanda di rimborso e della disposizione di pagamento in suo favore
- È possibile consultare online lo stato della pratica





# CITRUS° LA NUOVA APP MOBILE!

Sarà possibile utilizzare tutte le funzionalità dell'Area Iscritti del sito web del tuo Piano Sanitario direttamente dal proprio telefono cellulare o tablet (dispositivi Android, IOS-Apple).

Con la nuova APP di RBM Salute® (Citrus®) è possibile, in modo semplice ed immediato, richiedere l'autorizzazione per le prestazioni dirette (in Network) senza necessità di contattare la Centrale Operativa e inserire le domande di rimborso.

La APP RBM Salute® inoltre consentirà di verificare in tempo reale lo stato delle pratiche e rilevare eventuali anomalie.

Per installare la APP RBM Salute® è sufficiente effettuare una ricerca su Play Store (Android) o Apple Store (IOS) con la parola chiave "RBM Salute", e scaricarla gratuitamente sul proprio 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 online)

Con la fotocamera del tuo telefono puoi trasmetterci subito i tuoi documenti App gratuita per Android e IOS

Il tuo Piano

Sanitario a

portata di

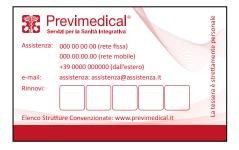
mano....



# ...UN ULTERIORE VANTAGGIO!



Con l'adesione a RBM Salute® verrà inviata la **Previmedical Card®** con cui è possibile usufruire, nelle strutture convenzionate aderenti all'iniziativa, di prestazioni non previste dal proprio piano sanitario giovando di tariffe scontate rispetto a quelle praticate al pubblico (dal 15% al 35% in meno rispetto ai prezzi medi registrati a livello nazionale).





## **CONTATTI**



Da rete fissa e mobile





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