

SINTESI DELLE PRESTAZIONI DELLA COPERTURA SANITARIA TRIENNALE CON CASSA SANITARIA RBM SALUTE 2016/2019

PIANO SANITARIO BASE - GARANZIA "A" MASSIMALE ANNUO: € 400.000,00

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 10% per sinistro senza minimo
- Titolari di pensione: scoperto 25% per sinistro senza minimo

Forma Mista: - costi di struttura medesime regole previste dall'assistenza diretta
- onorari medici medesime regole previste per l'assistenza rimborsuale

Ticket / Trattamento alberghiero all'interno dell'SSN: 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: al 100%

Rimborso: scoperto 10%

Ticket: 100%

Accompagnatore: € 100,00 al giorno – massimale di 30 giorni a ricovero

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

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

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

INDENNITA' SOSTITUTIVA: € 155,00 al giorno – massimale annuo di 180 giorni /assistito (franchigia 2 gg.)
€ 50,00 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 i gravi eventi morbosi"

Ticket: al 100%

INDENNITA' PER GRAVE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO: in caso di invalidità permanente di grado superiore al 66%: indennizzo € 60.000,00

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE DI ALTA DIAGNOSTICA: Massimale annuo: € 15.000,00

Condizioni di liquidazione

Diretta - Notai in esercizio: al 100%
- Titolari di pensione: franchigia di € 50,00 per prestazione

Rimborso Notai in esercizio/Titolari di Pensione: franchigia € 100,00 per prestazione

Ticket: 100%

MEDICINA PREVENTIVA

Massimale annuo : € 500,00

Condizioni di liquidazione: Diretta / Rimborso: 100% entro il massimale annuo

CURE ONCOLOGICHE

Prestazioni mediche ed infermieristiche, esami ed accertamenti diagnostici, cure, trattamenti e terapie comprensive di eventuale Day Hospital o ricovero: massimale di € 50.000 anno

Condizioni di liquidazione:

100% entro il limite annuo di € 50.000,00

in caso di esaurimento del limite massimo suindicato (€ 50.000,00) verranno applicati scoperti previsti per i "Grandi interventi chirurgici e i gravi eventi morbosi" e scoperti e franchigie del piano sanitario B qualora sottoscritto.

FOLLOW UP ONCOLOGICO

Prestazioni diagnostiche previste dai protocolli di osservazione: limite annuo di € 10.000,00

Condizioni di liquidazione: al 100% entro il limite annuo

N.B. Per aver diritto alla copertura è condizione essenziale esibire la tessera di esenzione rilasciata dalla A.S.L. recante il codice specifico per patologia.

COPERTURA PER NON AUTOSUFFICIENZA

Limite di € 250,00 al mese per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità della polizza

Condizioni di liquidazione: al 100% entro il limite mensile

N.B: 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 da cui risulti che l'assistito è riconosciuto invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLA COPERTURA BASE -GARANZIA "B"

MASSIMALE ANNUO: € 200.000,00 (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: al 100%

Rimborso scoperto 10% senza minimo

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: al 100%

Rimborso - Notai in esercizio: scoperto 30%
-Titolari di pensione: scoperto 35%

Pre ricovero: 90 gg **Post ricovero:** 120 gg

Condizioni di liquidazione

Diretta: Scoperto 10%

Rimborso: scoperto 10%

Ticket: 100%

Accompagnatore € 100,00 al giorno – massimale di 30 giorni per ricovero

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

Esteri limite annuo di € 5.000,00

Lungo degenza: limite annuo di € 10.330,00 - periodo di copertura massima : 120 giorni l'anno

PARTO SPONTANEO O CESAREO

Massimale: € 2.000,00 per evento

Condizioni di liquidazione: **Diretta / Rimborso:** 100%

VISITE SPECIALISTICHE, DIAGNOSTICA CORRENTE, PRESTAZIONI TERAPEICHE E FISIOTERAPICHE

Massimale annuo: € 5.000,00

Condizioni di liquidazione

Diretta - Notai in esercizio: al 100%

- Titolari di pensione: franchigia di € 50,00 per prestazione

Rimborso Notai in esercizio/Titolari di Pensione: franchigia € 100,00 per prestazione

Ticket: 100%

PROTESI ORTOPEDICHE E APPARECCHI ACUSTICI

Massimale annuo: € 2.070,00

Condizioni di liquidazione:

Diretta / Rimborso: scoperto 20%

Solo per i Pensionati: ausili medici, ortopedici e acustici entro il massimale annuo di € 2.070,00

CURE ODONTOIATRICHE IN ASSISTENZA DIRETTA

Massimale: Nessun limite previsto

Condizioni di liquidazione:

Solo diretta: franchigie diversificate a carico dell'assicurato

Costi annuali del piano integrativo:

- “Opzione *single*” – adesione del solo titolare : costo annuale massimo €. 880,57;
- “Opzione *family*” – adesione del titolare unitamente al nucleo familiare: costo annuale massimo €. 1.352,44.

*N.B.Gli importi massimi annuali del contributo integrativo sono destinati a ridursi in percentuale in ragione del numero delle adesioni secondo al seguente tabella:

Numero aderenti	percentuale di sconto	importo scontato "single"	importo scontato "family"
≤ 3.000	0%	€ 880,57	€ 1.352,44
3.001-4.000	3%	€ 854,15	€ 1.311,87
4.001-6.000	10%	€ 792,51	€ 1.217,20
≥ 6.000	20%	€ 704,46	€ 1.081,95