

Ordine degli
Architetti PPC ed Ingegneri
Della Provincia di Sassari

Olbia, 9 giugno 2023

L'assistenza in Inarcassa

La polizza sanitaria

*inarc*CASSA

IL WELFARE DI INARCASSA E LA SUA FONDAZIONE

Seminario previdenziale formativo

Il Consigliere di Amministrazione di Inarcassa
Arch. Stefano Navone

Migliorie del Piano Base 2022

AUMENTO
DEL MASSIMALE € 500.000€
ANNO/NUCLEO

DREAD DESEAD

PREVENZIONE
ODONTOIATRICA

AMPLIAMENTO
PACCHETTO
MATERNITA'

ESTENSIONE DELLE COPERTURE
PER I GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI E GRAVI EVENTI
MORBOSI

FOLLOW UP
ONCOLOGICO -
SOSPETTO
DIAGNOSTICO

VIRTUAL HOSPITAL
A pagamento
facoltativo

Migliorie del Piano Integrativo 2022

PREMIO DIFFERENZIATO PER
FASCE DI ETA'

FIGLI FINO AI 12 ANNI
INSERITI IN COPERTURA
GRATUITAMENTE

ESTENSIONE DEL PACCHETTO
CHECK UP

RIDUZIONE MASSIMO
SCOPERTO SUL FORI RETE
DA € 15.000 A € 10.000

MODALITÀ DI ADESIONE

*Collegandosi al sito Inarcassa, si scarica e compila il modulo
Si restituisce il modulo firmato via mail*

*Per qualsiasi informazione e/o richiesta di supporto di carattere amministrativo, rimarrà a totale disposizione degli assistiti la Centrale Operativa di Blue Assistance con il numero verde **800.954.450** raggiungibile da telefono fisso e cellulare (dall'estero +39 011 7425521).*

Il termine di adesione alle coperture facoltative è il 28 febbraio di ciascun anno; le coperture hanno effetto dal 1° gennaio del medesimo anno.

I pensionati e i neo iscritti possono aderire al piano integrativo e/o estendere le coperture al nucleo familiare entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica di iscrizione o pensionamento. La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

Il professionista irregolare può essere riammesso in copertura regolarizzando la propria posizione entro il 15 aprile di ogni anno.

La copertura sarà valida per il secondo semestre del medesimo anno.

PIANO SANITARIO BASE

ISCRITTI (Copertura Gratuita)

PENSIONATI NON ISCRITTI E NUCLEO FAMILIARE (Adesione Facoltativa)

MASSIMALE € 500.000 anno / nucleo in caso di estensione della copertura al nucleo familiare

RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (v. allegato A)

SPESE PRE RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120 gg

SPESE POST RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120 gg (180 gg in caso di trapianto)

CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE – massimale di € 15.000 per evento

GRAVI EVENTI MORBOSI) CHE NECESSITINO DI RICOVERO SENZA INTERVENTO O TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE (v. allegato B)

SPESE PRE RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 60gg

SPESE POST RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120gg

TRATTAMENTO DOMICILIARE E AMBULATORIALE - 120 gg dopo la diagnosi dell'Evento Morboso ed entro il massimale di € 16.000. Sono comunque sempre garantite, indipendentemente dal momento della prima diagnosi, le prestazioni riferite a malattie oncologiche e a patologie neurologiche degenerative (sclerosi a placche, SLA, tetraplegia, Alzheimer, morbo di Parkinson).

CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE – massimale di € 15.000 per evento

TERAPIE RADIANTI E CHEMIOTERAPICHE (regime di ricovero, Day Hospital, ambulatoriale o domiciliare)

FOLLOW UP ONCOLOGICO E SOSPETTO DIAGNOSTICO in strutture convenzionate o SSN

1. delle spese per esami e controlli da follow up oncologici;
2. delle spese sostenute per accertamento diagnostico e/o intervento chirurgico ambulatoriale conseguenti a sospetto diagnostico tumorale (scoperto euro 100).

MASSIMALE € 2.500 per anno

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA PER ISCRITTI, PENSIONATI ISCRITTI E LORO FAMILIARI

PRESTAZIONE DIRETTA - copertura prestazione al 100%

PRESTAZIONE A RIMBORSO - Istituto di cura: scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento - Day Hospital: scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento

PRESTAZIONE MISTA - struttura o personale medico in network: copertura prestazione al 100%; Onorari medici a rimborso: scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento

Day Hospital a rimborso: scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento

TICKET SSN – Rimborso 100%

CONDIZIONI DI COPERTURA PER PENSIONATI NON ISCRITTI E LORO FAMILIARI

PRESTAZIONE DIRETTA o a RIMBORSO - Istituto di cura: scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento

Day Hospital - scoperto 10% minimo € 50 - massimo € 250 per evento; Onorari medici a rimborso: scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 2.500 per evento

TICKET SSN – Rimborso 100%

GARANZIE ACCESSORIE

Indennità sostitutiva per Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi (Ricovero e Day Hospital) (solo per iscritti e pensionati iscritti) - € 100 al giorno - massimo 100 giorni ricovero/ anno assicurativo

Assistenza Infermieristica - € 2.600 anno / assicurativo

Indennità giornaliera da infortunio (solo per iscritti e pensionati iscritti) - €50/al dì per Ricovero, €50/al dì per Ingessatura, €50/al dì per Immobilizzazione

Trasporto sanitario - € 3.500 anno / assicurativo per ricoveri in tutto il mondo

Apparecchi Protesici - € 5.200 anno / assicurativo purché conseguenti a sinistro indennizzabile ai termini di polizza e verificatosi durante la validità della polizza

Rimpatrio salma dall'estero - € 7.500 in caso di decesso conseguente a sinistro risarcibile in termini di polizza

Prevenzione / Pacchetto Uomo / Pacchetto Donna - solo per assicurato (non estendibile al nucleo) - una volta all'anno solo in strutture convenzionate

Sindrome Metabolica - solo per assicurato (non estendibile al nucleo) – massimale illimitato – solo presso network convenzionato

Prevenzione Odontoiatrica - franchigia di € 35 - solo per Iscritto e componente del nucleo presso centri odontoiatrici convenzionati con Blue Assistance

Dread Disease - indennità di € 2.500 - solo per Iscritto e pensionato iscritto Inarcassa

PACCHETTO MATERNITÀ E TUTELA MINORI

Pacchetto Maternità - in caso di gravidanza massimale annuo € 1.500 esclusivamente in network convenzionato e previa autorizzazione

Tutela Neonati – i neonati sono assicurati dal momento della nascita per malformazioni e difetti fisici con massimale di € 10.000 per interventi e cure entro un anno dalla nascita

Trisomia 21 (Sindrome di Down) – nei primi tre anni di vita del neonato alla diagnosi di trisomia 21 erogazione di un'indennità di € 1.000 per anno, con un massimo di tre anni consecutivi.

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda al testo del Piano Sanitario Base

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

(facoltativo e a carico degli aderenti)

ISCRITTI E PENSIONATI ISCRITTI (se in copertura al Piano Base)

NUCLEO FAMILIARE (Adesione Facoltativa)

MASSIMALE € 300.000 anno / nucleo

**RICOVERI, DAY HOSPITAL CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI CHIRURGICI
AMBULATORIALI**

diversi da quelli coperto dal Piano Sanitario Base

SPESE PRE RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120gg

SPESE POST RICOVERO (anche in caso di indennità sostitutiva) - 120gg

CONDIZIONI GENERALI DI COPERTURA

PRESTAZIONE DIRETTA - Istituto di cura: scoperto 10% minimo € 500 - massimo € 7.500 per evento

Day Hospital: scoperto 10% minimo € 500 - massimo € 7.500 per evento

PRESTAZIONE A RIMBORSO - Istituto di cura: scoperto 25% minimo € 750 - massimo € 10.000 per evento –

Day Hospital: scoperto 10% minimo € 750 - massimo € 10.000 per evento

TICKET SSN – Rimborso 100%

PARTO E ABORTO TERAPEUTICO

MASSIMALE € 4.000 anno / nucleo

SPESE DURANTE RICOVERO retta di degenza intervento chirurgico e/o assistenza medica, medicinali e cure

SPESE POST RICOVERO – 120gg successivi al parto

PARTO NON CESAREO O ABORTO/POST RICOVERO 2 visite di controllo nei 120 gg successivi al parto

ALTA DIAGNOSTICA

MASSIMALE € 7.700 anno / nucleo

PRESTAZIONE DIRETTA – scoperto 10% minimo € 50 per accertamento o per ciclo di terapia

PRESTAZIONE A RIMBORSO - scoperto 25% minimo € 75 per accertamento o per ciclo di terapia

TICKET SSN - Rimborso 100%

VISITE SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICA ESTESA

Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici rieducativi a seguito di malattia e/o infortunio

MASSIMALE € 3.000 anno / nucleo – sottomassimale fisioterapia € 500 anno / nucleo

PRESTAZIONE DIRETTA – scoperto 10% minimo € 50 per ogni Visita Specialistica, Accertamento Diagnostico o per ogni ciclo di trattamento terapeutico o riabilitativo

PRESTAZIONE A RIMBORSO - scoperto 25% minimo € 75 per ogni Visita Specialistica, Accertamento Diagnostico o per ogni ciclo di trattamento terapeutico o riabilitativo

TICKET SSN – Rimborso 100%

PREVENZIONE ANNUALE – CHECK-UP una volta l'anno in strutture convenzionate

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

PREVENZIONE una volta l'anno in strutture convenzionate: • visita odontoiatrica • una ablazione del tartaro

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI - MASSIMALE € 2.500 anno / nucleo

Osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o mascella, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma

CURE PER IL NEONATO Per i primi tre mesi di vita

LENTI € 200 anno / nucleo

SERVIZI DI CONSULENZA

Diagnosi comparativa / ricerca specialista più competente / Informazioni sanitarie telefoniche /

Prenotazione di prestazioni sanitarie

Pareri medici immediati / Indicazioni sanitarie

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

- Invio medico
- Rientro dal ricovero di primo soccorso - solo con autoambulanza - limite di 300 Km per evento
- Trasferimento in centro medico specializzato
- Viaggio di un familiare all'estero - massimo € 103,29 per sinistro
- Invio medicinali urgenti all'estero - costo farmaco a carico dell'Assistito
- Rimpatrio sanitario - solo a seguito di approvazione del Servizio Medico della Centrale Operativa

Tutti i massimali sopraindicati nel caso di estensione della garanzia al nucleo familiare divengono unici per nucleo familiare

I massimali delle singole garanzie, ove previsti, sono da intendersi come sub-limiti del massimale di € 300.000.

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda al testo del Piano Sanitario Integrativo.

POLIZZA INFORTUNI FACOLTATIVA

**(facoltativo e a carico degli aderenti)
ISCRITTI E PENSIONATI ISCRITTI**

La società garantisce le seguenti coperture assicurative per le conseguenze dirette ed esclusive di un infortunio indennizzabile:

1. Morte e morte presunta
2. Invalidità permanente
3. Indennità giornaliera

La garanzia è operante per i soli iscritti ad Inarcassa che già godono della Copertura Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi a carico dell'Associazione e può essere sottoscritta e annualmente rinnovata fino al compimento dei 70 anni di età.

La garanzia non è estendibile ai pensionati non iscritti e ai familiari.

La garanzia è operante a condizione che l'evento – comprovato da certificazione medica e cartella clinica – sia successivo alla data di decorrenza della polizza o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'assicurato. È facoltà dell'iscritto di aderire a una o più coperture assicurative tra quelle previste e/o optare per massimali superiori.

1. Morte e morte presunta da infortunio

In caso di morte o morte presunta dell'assicurato a seguito di infortunio la Società corrisponde un indennizzo, a seconda del massimale prescelto, pari a € 50.000/100.000/200.000 in parti uguali ai Beneficiari (ovvero agli eredi legittimi e testamentari) dell'assicurato. L'indennizzo è dovuto se la morte dell'assicurato si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di validità della polizza.

2. Invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio che comporti all'assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al 66% la Società corrisponde un indennizzo, a seconda del massimale prescelto, pari a € 50.000/100.000/200.000. L'indennizzo è dovuto se l'invalidità permanente si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di validità della polizza.

3. Indennità integrativa giornaliera da infortunio

In caso di infortunio che comporti un ricovero o una inabilità temporanea (totale o parziale) dell'assicurato dovuta ad ingessatura e/o immobilizzazione la Società corrisponde una indennità giornaliera (diaria) – ad integrazione di quella di cui al punto M delle GARANZIE ACCESSORIE - nel limite di 40 giorni per sinistro (ricovero, ingessatura o immobilizzazione) e di 100 giorni per anno assicurativo.

La liquidazione della diaria giornaliera viene corrisposta con i seguenti criteri e misura:

- Ricovero € 50,00/100,00/200,00 per ciascun giorno di effettiva permanenza nell'istituto di cura (compresi quello iniziale e quello finale)
- Ingessatura € 50,00/100,00/200,00 per ciascun giorno di ingessatura a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione della stessa
- Immobilizzazione € 50,00/100,00/200,00 per ciascun giorno di effettiva immobilizzazione

4. Cumulo di indennità

L'Indennizzo per il caso di morte o morte presunta da Infortunio non è cumulabile con l'Indennizzo per il caso di invalidità permanente da Infortunio.

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda al testo del Piano Sanitario Infortuni.

ART. 22 CGA – COMMISSIONE TECNICA

“L’Assicuratore e Inarcassa procederanno alla costituzione di una commissione (“Commissione Tecnica”) composta di tre membri designati uno da Inarcassa, uno dall’Assicuratore e uno di comune accordo da Inarcassa e l’Assicuratore.

Fermo restando il diritto di avvalersi di ogni rimedio e azione previsti dalle disposizioni di legge e regolamentari applicabili, l’Assicurato potrà richiedere, per il tramite di Inarcassa, che sia sottoposta alla Commissione Tecnica la risoluzione amministrativa di problematiche relative a controversie sull’interpretazione di clausole contrattuali della Polizza e di particolari sinistri oggetto di rifiuto, contestazione o ritardo. Le valutazioni rese dalla Commissione Tecnica devono essere recepite dalla Compagnia nella gestione dello specifico sinistro sottoposto alla Commissione.”

ASPETTI FISCALI

Cosa si intende per Deducibilità e Detraibilità?

Deducibilità: Importi che il contribuente (persona fisica o giuridica) può sottrarre dal proprio reddito allo scopo di ridurre la base imponibile, ai fini dell'imposizione diretta (→ anche deduzione); es. contributi versati volontariamente verso INPS, contributi previdenziali complementari (es. fondo pensione).

Detraibilità: dall'imposta lorda, si sottraggono legalmente importi per ricavare l'imposta netta da applicare alla base imponibile; (es. premi polizze infortuni).

LA RETE MEDICO SANITARIA SUL TERRITORIO

REGIONE	STRUTTURE DI RICOVERO	CENTRI DIAGNOSTICI E LABORATORI	STUDI ODONTOIATRICI	MEDICI SPECIALISTI	SOCIETA' DI OPERATORI SANITARI (INFERMIERI/OSS)	FISIOTERAPISTI (INDIRETTA)	CENTRI OTTICI	
ABRUZZO	6	41	38	549	1	14	8	657
BASILICATA		15	12	47			1	75
CALABRIA	11	41	34	577	2	14	5	684
CAMPANIA	18	95	107	2.284	3	19	16	2.542
EMILIA ROMAGNA	38	119	119	4.945	1	41	18	5.281
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	12	17	544	2	8	24	610
LAZIO	73	275	326	12.669	7	82	27	13.459
LIGURIA	9	68	77	1.896	1	18	12	2.081
LOMBARDIA	90	459	458	15.428	7	107	91	16.640
MARCHE	12	57	65	472	1	9	6	622
MOLISE	2	7	10	119		4		142
PIEMONTE	35	150	276	5.506	7	109	76	6.159
PUGLIA	18	103	85	1.564	1	13	22	1.806
SARDEGNA	6	29	47	482	1	6	5	576
SICILIA	23	72	107	1.672	5	13	35	1.927
TOSCANA	30	118	109	2.754	6	38	24	3.079
TRENTINO ALTO ADIGE	7	28	18	154		5	7	219
UMBRIA	4	24	33	585	1	13	3	663
VALLE D'AOSTA	1	6	4	61		1		73
VENETO	13	81	93	2.733	3	45	22	2.990
TOTALE	399	1.800	2.035	55.041	49	559	402	60.285

*Medici Specialisti: considerati solo Sanitari no odontoiatri

I CANALI DI CONTATTO: CENTRALE OPERATIVA

PER LE PRESTAZIONI SALUTE E ASSISTENZA

800 954 450 (dall'Italia) +39 011 742 5521 (dall'estero)

SERVIZI:

- 1) Presa in carico di prestazioni in forma diretta in strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità. Salvi i casi di Urgenza, in regime di Assistenza Diretta le prenotazioni presso la Centrale Operativa devono avvenire con un preavviso di almeno 48 ore naturali e consecutive dal giorno della prestazione. In regime di assistenza diretta Blue Assistance si impegna a dare riscontro positivo o negativo all'Assicurato entro il termine massimo di 24 ore naturali e consecutive dalla richiesta
 - 2) Informazioni generali di assicurazione e sullo stato di lavorazione del sinistro
 - 3) Prestazioni di assistenza alla persona
 - 4) Consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza
-

I CANALI DI CONTATTO: L'AREA RISERVATA E LA MOBILE APP

L'AREA RISERVATA (accesso Web) E LA MOBILE APP:

Funzioni Dispositive:

- 1) Upload delle richieste di rimborso
- 2) Aperture delle richieste in forma di Assistenza Diretta
- 3) Integrazione della documentazione ai fini della valutazione

L'accesso alla Mobile App (disponibile su App Store e Google Play) avviene attraverso le medesime credenziali utilizzate per il sito web. Nel caso in cui non si fosse ancora effettuata la prima registrazione, è possibile registrarsi direttamente da App.

L'app garantisce l'accesso a tutte le funzionalità consultative e dispositive sopra elencate.



Grazie
