

FEBBRAIO 2023

Cara/o Collega, in allegato trasmetto alcune informazioni e novità sulla cassa di previdenza Inarcassa sperando possano essere utili, un cordiale saluto Maurizio Riboni

I TEMI CHE VENGONO EVIDENZIATI RIGUARDANO

- memo per la contribuzione da versare per l'anno in corso;
- possibilità di derogare dalla contribuzione soggettiva minima - modalità di adesione;
- approfondimento sulla polizza sanitaria base, integrativa ed infortuni offerte da Inarcassa in convenzione con Reale Mutua

**

CONTRIBUZIONE MINIMA ANNO 2023

CONTRIBUTO SOGGETTIVO

Il contributo soggettivo è dovuto da tutti gli iscritti Inarcassa.

La percentuale da applicare sul reddito professionale netto è pari a 14,5% sino a € 125.450,00 per il reddito 2022 da dichiarare nel 2023.

È previsto un contributo minimo, da corrispondere indipendentemente dal reddito professionale dichiarato. Per l'anno **2023** è pari a **€ 2.475,00**. (aggiornamento ISTAT)

Il contributo minimo è dovuto per intero da iscritti e pensionati iscritti;

Sono previste contribuzioni ridotte per gli **under 35**: riduzione ad 1/3 (€ 825,00 nel 2023) del contributo minimo e riduzione della metà sul contributo percentuale (dal 14,50% al 7,25%).

DEROGA AL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO SOGGETTIVO MINIMO - ENTRO IL 31 MAGGIO 2023

Chi prevede di conseguire nel 2023 un reddito professionale inferiore a **17.069 €** può **non versare il contributo soggettivo minimo - PREVIA RICHIESTA SU INARCASSA ON LINE** - e pagare il 14,5% del solo reddito effettivamente prodotto entro dicembre 2024, dopo la presentazione della dichiarazione on line.

SONO COMUNQUE DOVUTI CONTRIBUTO DI MATERNITA'/PATERNITA' E CONTRIBUTO INTEGRATIVO CHE ASSICURANO TUTTE LE COPERTURE ASSISTENZIALI DI INARCASSA

CONTRIBUTO INTEGRATIVO

La percentuale di calcolo è pari al 4% del volume di affari IVA prodotto nell'anno solare. Viene introdotta una soglia massima di volume d'affari Iva, oltre cui non è prevista la "retrocessione", che nel 2023 è pari a € 170.850,00.

È previsto un contributo minimo, da corrispondere indipendentemente dal volume di affari IVA dichiarato, che per l'anno 2023 è pari a € **745,00** - adeguamento ISTAT - è dovuto per intero dagli iscritti pensionati di Inarcassa, fatta eccezione per i pensionati di invalidità Inarcassa e per i pensionati percettori dell'assegno per figli con disabilità grave erogato da INARCASSA che dovranno il contributo nella misura del 50%.

Gli **under 35** dovranno un contributo minimo ridotto ad 1/3 (€ 248,00 nel 2023); mentre per contributo percentuale non è prevista alcuna riduzione.

CONTRIBUTO DI MATERNITÀ/PATERNITÀ

Il contributo "maternità/paternità", deve essere versato, insieme ai minimi soggettivo e integrativo, in due rate il 30 giugno e il 30 settembre di ogni anno. Per l'anno **2023** l'importo della contribuzione di maternità/paternità è **provvisoriamente** definito con il medesimo valore del 2022 (**€ 44,00**) e con la prima rata dei minimi saranno da corrispondere € 26,50.

APPROFONDIMENTO SULLA POLIZZA SANITARIA BASE, INTEGRATIVA ED INFORTUNI - CONVENZIONE INARCASSA REALE MUTUA

(NB Il 28 febbraio scade il termine per aderire alla polizza integrativa)

di seguito si riporta un approfondimento sulla polizza base che **gli iscritti ad Inarcassa** hanno a disposizione gratuitamente (se pensionato non iscritto vi si può accedere a pagamento)

in particolare si evidenziano le **prestazioni gratuite di prevenzione ancora poco conosciute ed utilizzate**. Segue breve memo su polizza integrativa e polizza infortuni.

Polizze Sanitarie 2023, adesioni facoltative entro il 28 febbraio per Polizza sanitaria Integrativa, Polizza Infortuni, estensione ai familiari della Polizza base e/o integrativa



Premessa:

Inarcassa, oltre all'erogazione delle pensioni ha nel proprio scopo statutario anche l'assistenza nei confronti dei propri associati. In tale ambito ha previsto forme di tutela sanitaria a favore degli iscritti e dei titolari di pensione erogata da Inarcassa, con possibilità di estensione al coniuge ed ai familiari a carico erogate a copertura di:

- a) grandi interventi chirurgici;
- b) gravi eventi morbosi ancorché non comportino un intervento chirurgico;
- c) medicina preventiva;
- d) eventi di premorienza e infortuni.

La copertura sanitaria è costituita da

Piano sanitario BASE "Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi"

Piano sanitario INTEGRATIVO

Piano Sanitario INFORTUNI

Ed è stata affidata a Reale Mutua Assicurazioni.

É prevista la possibilità di **estensione facoltativa della copertura ai familiari**.

Condizione necessaria per l'accesso alle prestazioni è la **regolarità contributiva**.

La copertura è esclusa per coloro che non risultino in regola alla data del 15 ottobre di ogni anno e con effetto sull'assicurazione dell'anno successivo. Per gli iscritti risultati irregolari alla data del 15 ottobre, è prevista una seconda opportunità di rientro in copertura per il secondo semestre dell'anno, se regolarizzano la loro posizione entro il 15 aprile.

La copertura del Piano sanitario Base è garantita gratuitamente da Inarcassa agli iscritti e ai pensionati iscritti. I beneficiari di pensione (diretta o ai superstiti) possono invece aderirvi facoltativamente

a proprie spese. Tutti gli assicurati con la Polizza Base possono estendere le garanzie al nucleo familiare, con premio a proprio carico. È invece possibile per i soli iscritti attivare, facoltativamente e sempre a proprie spese, il Piano sanitario Integrativo, per sé o anche per i familiari.

ADESIONI IN CORSO D'ANNO

[<http://www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria/articolo8706.html>]

In seguito ad una modifica del proprio status in corso d'anno, è possibile usufruire delle coperture previste dalla polizza sanitaria

A) Da non iscritto a iscritto: Il neo iscritto può aderire al Piano Sanitario Integrativo e/o estendere le coperture al nucleo familiare entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica di iscrizione.

B) Da non iscritto a pensionato non iscritto: Il neo pensionato, non iscritto a Inarcassa, può aderire facoltativamente al Piano Sanitario Base e/o estendere la copertura ai familiari, con pagamento del premio a proprio carico, entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica di pensionamento.

Nei casi di pensione di reversibilità o indiretta, il superstite può aderire facoltativamente al Piano Sanitario Base e/o estendere la copertura ai familiari, con pagamento del premio a proprio carico entro la fine del mese successivo a quello di invio della notifica di pensionamento.

C) Da iscritto a pensionato non iscritto: In caso di cancellazione nel corso del primo semestre dell'anno, il neo pensionato può aderire facoltativamente al Piano Sanitario Base e/o estendere la copertura ai familiari, con pagamento del premio a proprio carico entro il 30 luglio dell'anno in corso. Se l'associato prima del pensionamento aveva esteso la copertura al nucleo familiare e/o aderito al Piano Sanitario Integrativo, le coperture (Base e Integrativa) rimangono vigenti per lui e per i familiari fino al 31 dicembre.

D) Da iscritto irregolare a iscritto regolare: Gli iscritti che regolarizzano la propria posizione entro il 15 aprile di ogni anno possono aderire al Piano Sanitario Integrativo e/o estendere le coperture al nucleo familiare entro il 31 luglio dell'anno in corso.

Tali richieste devono essere inviate on line sul sito internet di Reale Mutua completando il Modulo di Adesione ai Piani Sanitari facoltativi [<https://web.numera.it/RealeMutua/inarcassa>]

PIANO SANITARIO BASE “Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi”

sono comprese le seguenti prestazioni:

1. Ricovero per Grandi Interventi, come indicati all’Allegato A di seguito riportato



Piano Base Copertura
Rimborso Spese Mediche

ALLEGATO A) Grandi Interventi Chirurgici

Il presente allegato forma parte integrante della polizza rimborso spese mediche stipulata da Inarcassa per i propri iscritti e pensionati e da alcuni di questi per i propri familiari.

La presenza dell'evento denunciato nell'ambito dell'elenco di cui al presente allegato è elemento indispensabile per l'eventuale risarcimento del danno, comunque condizionato al rispetto degli altri requisiti previsti dalla polizza.

A. Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i **tumori benigni**, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari, del cuore, i fibroma dell'utero e della prostata. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica, tra cui a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, quello della ricostruzione della mammella, necessari in conseguenza dell'asportazione di tumori ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione. In caso di tumore alla mammella il costo della protesi ricomprende entrambe le mammelle anche se l'asportazione del tumore riguarda solo una di esse.

B. Interventi per trapianti: tutti, inclusi autotrapianto e trapianti autologhi. Vengono compresi in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extraricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, inoltre, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato.

C. Interventi ortopedici per:

- impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, caviglia, ivi incluso il costo della protesi;
- amputazione degli arti superiori o inferiori ivi compresa la revisione di amputazione traumatica;
- disarticolazione del ginocchio ed amputazione al di sopra del ginocchio;
- disarticolazione dell'anca;
- amputazione addomino-pelvica;
- reimpianto di arti staccati;
- impianto, sostituzione, rimozione dei mezzi di sintesi.

D. Interventi di neurochirurgia per:

- craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
- risoluzione neurovascolare in fossa cranica per via craniotomica;
- intervento per epilessia focale e callosotomia;
- intervento per encefalomeningocele;
- derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose);
- endarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- cardotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- neurtomia retrogasseriana;
- interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mieloclele, meilemeningocele, ecc.);
- vagotomia per via toracica;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- plastica per paralisi del nervo facciale;



- intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari;
- trapianto di nervo;
- artrodesi vertebrale;
- ernia discale.

E. Interventi di cardiocirurgia per:

- tutti gli interventi a cuore chiuso;
- tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni) anche se eseguiti in emodinamica, da specialista in cardiologia;
- impianto di pacemaker e successivi riposizionamenti;
- cardioplastica.

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

- aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- stenosi ad ostruzione arteriosa;
- disostruzione by-pass aorta addominale;
- trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- by-pass aortocoronarico;

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- gravi e vaste mutilazioni del viso;
- plastica per paralisi del nervo facciale;
- riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- anchilosi temporo-mandibolare;
- rinoseptoplastica in difetto nasale traumatico.

H. Interventi di chirurgia generale per:

- diverticolosi esofagea;
- occlusioni intestinali con o senza resezione;
- gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- echinococcosi epatica e/o polmonare;
- cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche;
- pancreatite acuta;
- broncoscopia operativa;
- resezione epatica;
- epatico e coledocotomia;
- papillotomia per via transduodenale;
- interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia - colecistoenterostomia);
- laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- interventi di resezione (totale o parziale dell'esofago/esofagoplastica);
- intervento per mega-esofago e per esofagite da reflusso;
- resezione gastrica totale;
- resezione gastro-digiunale e gastroectomia;
- intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- interventi di amputazione del retto ano;
- interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- resezione totale o parziale del colon;
- drenaggio di ascesso epatico;
- interventi chirurgici per ipertensione portale;
- interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- intervento di asportazione della milza;



- interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica);
 - resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.
- I. Interventi di chirurgia uro-genitale per:**
- fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
 - ileocisto plastica; colecisto plastica;
 - intervento per estrofia della vescica;
 - intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria;
 - metroplastica;
 - nefroureterectomia radicale;
 - surrenalectomia;
 - interventi di cistectomia totale;
 - interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
 - isterectomia e/o annessiectomia per patologia non maligna;
 - cistoprostatovesicolectomia e/o resezione endoscopica della prostata;
 - interventi per ipertrofia prostatica.
- J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:**
- trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
 - odontocheratoprotesi;
 - chirurgia della sordità otosclerotica compreso l'intervento di stapedotomia;
 - timpanoplastica;
 - chirurgia endoauricolare della vertigine;
 - chirurgia translabirintica della vertigine;
 - ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio con esclusione di interventi con finalità estetica;
 - reimpianto orecchio amputato;
 - ricostruzione dell'orecchio medio;
 - incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.
- K. Interventi di chirurgia toracica per:**
- pneumectomia totale o parziale;
 - lobectomia polmonare;
 - intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
 - interventi per fistole bronchiali;
 - interventi per echinococchi polmonare.
- L. Interventi di chirurgia pediatrica per:**
- idrocefalo ipersecretivo;
 - polmone cistico e policistico;
 - atresia dell'esofago;
 - fistola dell'esofago;
 - atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
 - atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addominoperineale;
 - megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
 - megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
 - fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale;
 - pseudocisti e fistole pancreatiche;
- M. Intervento di nefrotomia retrogasseriana;**
- N. Terapie radianti e chemioterapiche comunque effettuate;**
- O. Tutti i Ricoveri in terapia intensiva con la sola esclusione di quelli conseguenti a Covid 19;**
- P. Grandi interventi "similari" per tipologia, evento, diagnosi, cura a quelli indicati dalla lettera A) alla lettera O) e/o eseguiti con tecnica chirurgica con finalità equivalente.**

2. Ricovero senza intervento chirurgico o trattamento medico domiciliare per Gravi Eventi Morbosi, come indicati all'Allegato B di seguito riportato:



Piano Base Copertura
Rimborso Spese Mediche

ALLEGATO B) Gravi Eventi Morbosi

Il presente allegato forma parte integrante della polizza rimborso spese mediche stipulata da Inacassa per i propri iscritti e pensionati e da alcuni di questi per i propri familiari.

La presenza dell'evento denunciato nell'ambito dell'elenco di cui al presente allegato è elemento indispensabile per l'eventuale risarcimento del danno, comunque condizionato al rispetto degli altri requisiti previsti dalla polizza.

a) Alzheimer

b) Infarto miocardico acuto

c) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- ulcere torbide
- decubiti
- neuropatie
- vasculopatie periferiche
- infezioni urogenitali o sovrainfezioni

d) Distacco della retina

e) Encefalite

f) Gravi traumatismi – con o senza intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni di superiori a 40 giorni. Per immobilizzazione si intende qualsiasi impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee conseguenti ad un infortunio e che richieda l'applicazione di tutori ortopedici esterni di materiale vario, anche amovibili, fissatori interni ed esterni, stecche digitali e/o in caso di divieto di carico.

g) Insufficienza cardio-respiratoria che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- dispnea
- edemi declivi
- aritmia
- angina instabile
- edema o stasi polmonare
- ipossiemia

h) Morbo di Chron

i) Morbo di Parkinson caratterizzato da: riduzione attività motoria; mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta;

j) Neoplasia maligna che necessita di accertamenti o cure

k) Neuroradicoliti

l) Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

m) Sclerosi a placche

n) Sindrome di Guillain Barrè

o) Stato di coma

p) Tetraplegia

q) Tutti i Ricoveri in terapia intensiva con la sola esclusione di quelli conseguenti a Covid 19

r) Ustioni di secondo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo

s) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale

t) Gravi eventi morbosi "similari" per tipologia, evento, diagnosi e cura a quelli indicati dalla lettera a) alla lettera s).

Le garanzie di cui alle precedenti lettere a), i) e p) non operano a favore del Nucleo Familiare al quale siano state eventualmente estese le coperture della polizza base.



- 3. Terapie radianti e chemioterapiche;**
- 4. Ricovero con Indennità Sostitutiva;**
- 5. Check-up annuali e Check-up specifici**

1) CHECK-UP ANNUALE GRATUITO

L'Assicurazione provvede al pagamento delle prestazioni di **prevenzione annuale**, una volta l'anno, in strutture del Network, scelte dall'Assicurato fra quelle adeguatamente attrezzate, senza necessità di prescrizione medica, in regime di assistenza diretta, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa. *La garanzia non è estensibile al Nucleo familiare.* La Società mette a disposizione, per la prevenzione annuale e per quella oncologica, almeno una struttura per ciascuna provincia o Ente territoriale equiparato. Le prestazioni previste possono essere effettuate in più giorni ed in strutture diverse.

1. Alanina aminotransferasi (ALT e AST)
2. Antigene Prostatico Specifico (PSA) + visita urologica
3. Aspartato aminostransferasi (GOT)
4. Azotemia
5. Colesterolo totale o colesterolemia
6. Colesterolo HDL
7. Colonscopia anche con asportazione di tessuto a scopo diagnostico. Qualora nel corso dell'esame diagnostico si rendesse necessario un intervento operativo/curativo sarà rimborsato in garanzia la quota di prestazione diagnostica
8. Colonscopia virtuale
9. Creatinina
10. Ecografia addome completo 1
11. Ecografia mammaria
12. Ecografia prostatica
13. Esame Colpocitologico cervico – vaginale (PAP-TEST)
14. Esame emocromocitometrico e morfologico completo
15. Gamma Glutamnil – Transpeptidasi (Gamma GT 1
6. Gastrosopia (ogni tre anni)
17. Glucosio-glicemia
18. Mammografia
19. MOC (ogni tre anni)
20. Prelievo venoso in ambulatorio
21. Ricerca sangue occulto fecale
22. Tempo di protrombina parziale (PTT)

23. Tempo di protrombina (PT)
24. Trigliceridi
25. Urea
26. Urine; esame chimico, fisico e microscopico
27. Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)
28. Visita cardiologia + ECG
29. Visita ginecologica + PAP test

2) CHECK-UP SPECIFICI GRATUITI

sono altresì garantite – e liquidate all'Assicurato mediante pagamento di Indennizzo in regime di Assistenza Diretta, le spese per le prestazioni di prevenzione annuale specifiche di seguito elencate ai punti 2.1, 2.2 e 2.3, effettuate in Strutture del Network scelte dall'Assicurato, previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa e senza necessità di prescrizione medica. *La garanzia non è estensibile al nucleo familiare. Il massimale previsto è illimitato.*

2.1 - Prevenzione Pacchetto Donna La Società provvede al pagamento, senza applicazione di franchigie o scoperti, delle prestazioni sotto elencate:

Donne – tra 30 e 39 anni di età

- Ecocolordoppler venoso agli arti inferiori – una volta ogni due anni
- Test HPV (Papilloma Virus)

Donne – tra 40 e 49 anni di età

- Visita senologica – una volta ogni anno (in combinazione con ecografia mammaria o mammografia)

Donne – over 50 anni di età

- Indagini di laboratorio specifiche – una volta ogni tre anni: - Creatinina - Calcio - Fosforo - Fosfatasi alcalina - PTH - Vitamina D

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale – una volta ogni due anni

2.2 - Prevenzione Pacchetto Uomo

Uomo – over 21 anni

Ecografia testicolare (eseguibile sino al compimento dei 40 anni) – una volta ogni due anni

Uomo – over 50 anni

ECG da sforzo – una volta ogni due anni

2.3 - Sindrome Metabolica (donna - uomo)

Nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", la Società provvede all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sottoindicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

La Compagnia provvede inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- Curva glicemica
- Doppler carotideo
- Ecocardiogramma
- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);

2.4 – Prevenzione odontoiatrica

Ciascun Assicurato (iscritto e componenti del nucleo familiare) può effettuare **una seduta di igiene orale per anno assicurativo presso centri odontoiatrici convenzionati con Blue Assistance**. La prestazione potrà essere fruita in forma diretta – previa prenotazione – restando a carico dell'Assicurato unicamente l'importo della franchigia di **€ 35** da saldare presso la struttura prescelta al momento di fruizione della prestazione.

6. Dread Disease

Prevista un'indennità una tantum di € 2.500 in caso di accadimento in corso di Contratto di uno dei seguenti eventi:

1. Infarto miocardico acuto
2. Ictus cerebrale
3. Impianto di stent o by-pass
4. Angioplastica.
5. Insufficienza renale con dialisi
6. Impianto o sostituzione di protesi valvolare cardiaca
7. Trapianto di organi

7. Infortuni che comportino Ricovero, Ingessatura o Immobilizzazione

8. Interventi e cure per la correzione di Malformazioni e Difetti Fisici Congeniti e diagnosi di Trisomia 21 (sindrome di Down) di neonati del Nucleo Familiare

9. Pacchetto Maternità Con un massimale annuo di euro 1.500 sono garantite:

1. massimo otto ecografie (compresa la morfologica)
2. analisi clinico chimiche da protocollo di Gravidanza previsto dal Ministero della Salute e, comunque, tutte quelle prescritte da Medico Specialista in Ginecologia
3. un esame a scelta fra Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (con sotto limite di euro 600)
4. massimo otto visite di controllo ostetrico ginecologiche
5. una ecocardiografia fetale
6. una visita di controllo ginecologico post parto
7. massimo due visite urologiche
8. un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto.

**

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO

accessibile facoltativamente agli iscritti ed iscritte ad Inarcassa e ai loro familiari.
Non consentito ai pensionati/e non iscritti/e;

sono comprese le seguenti prestazioni:

- a) Ricovero in Istituto di Cura (art. 3.1);
- b) Ricovero in regime di Day-Hospital (art. 3.2);
- c) Intervento Chirurgico (art. 3.1 e 3.2);
- d) Intervento Chirurgico Ambulatoriale (art. 3.3);
- e) Parto e aborto (art. 3.4);
- f) Trapianti (art. 3.5);
- g) Prestazioni di alta specializzazione (art. 4);
- h) Visite specialistiche (comprese visite omeopatiche) e Accertamenti Diagnostici / Trattamenti Fisioterapici Rieducativi da Infortunio e Malattia (art. 5)
- i) Prevenzione (art. 6);
- j) Cure per il neonato nei primi tre mesi di vita (art. 7);
- k) Acquisto lenti (art. 8);
- l) Prestazioni odontoiatriche (art. 9)
- m) Diagnosi comparativa / ricerca medico più competente (art. 10);
- n) l'erogazione delle seguenti prestazioni:
 - o) Servizi di consulenza (art. 11);
 - p) Servizi di assistenza (art. 12)

per maggiori dettagli si rimanda al sito di Inarcassa/reale mutua:

<http://www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria.html>

**POLIZZA SANITARIA INTEGRATIVA INFORTUNI
accessibile facoltativamente agli iscritti ed iscritte ad Inarcassa. Non consentito
l'accesso ai pensionati/e non iscritti/e l'estensione ai familiari.**

sono comprese le seguenti prestazioni:

- A. Morte e morte presunta;
- B. Invalidità permanente; e/o
- C. Ricovero, ingessatura e/o Immobilizzazione;

per maggiori dettagli si rimanda al sito di Inarcassa/reale mutua:

<http://www.inarcassa.it/site/home/assistenza/assistenza-sanitaria.html>

**

ACCESSO ALLA POLIZZA BASE

Occorre registrarsi alla piattaforma **BLUEASSISTANCE**

[\[https://www.blueassistance.it/BLUE/\]](https://www.blueassistance.it/BLUE/)

A questo link si possono trovare le indicazioni passo passo, relative alle strutture in convenzione e modalità di richiesta.

NUOVA RICHIESTA DI RIMBORSO 1/10

La «Nuova richiesta di Rimborsamento» si deve utilizzare per le spese sanitarie che non siano già state presentate prima.

E' possibile accedervi dalla home page, come indicato dalle due frecce, tramite la specifica voce di menu oppure utilizzando il comando di accesso rapido.

Per le spese già presentate prima, indipendentemente dalla modalità con cui è avvenuto, è possibile seguire lo stato di lavorazione accedendo alla voce di menu «Consulta richieste di Rimborsamento»

HOME LA TUA POLIZZA **GESTIONE RICHIESTE** MEDICI E STRUTTURE DOCUMENTI

- NUOVA RICHIESTA DI RIMBORSO >
- NUOVA RICHIESTA DI DIRETTA >
- CONSULTA RICHIESTE DI RIMBORSO >
- CONSULTA RICHIESTE DI DIRETTA >

NUOVA RICHIESTA DI RIMBORSO
Hai già effettuato una prestazione e vuoi chiedere il rimborso della spesa sostenuta?
Richiedi il rimborso

NUOVA RICHIESTA DI DIRETTA
Vuoi chiedere la copertura delle tue prestazioni presso i medici e le strutture convenzionate?
Richiedi la diretta

CONSULTAZIONE RICHIESTE
Vuoi sapere a che punto sono le tue richieste? Entra e consulta lo stato di avanzamento delle tue pratiche.
Consulta

MEDICI E STRUTTURE CONVENZIONATE
In questa sezione trovi l'elenco dei centri diagnostici, delle strutture sanitarie e dei medici specialisti convenzionati.
Ricerca

Sempre sul portale blueassistance, nella propria area riservata (previo accesso), ogni utente ha a disposizione un **tutorial** pratico ed esplicativo - clic in alto a destra su documenti, clic su tutorial

Tutorial Nuova AREA RISERVATA Blue Assistance

Richiesta di Rimborso e Diretta
Consultazione Rimborsi e Dirette
Consultazione Network

REALE GROUP

 **BLUE**
ASSISTANCE
TOGETHER MORE

Numeri e riferimenti utili

Recupero codici Inarcassa On line - Card 800.016318

– **Reale Mutua/BlueAssistance** 800 954 450

– **Assigeco** – Polizza RC Professionale 800.978446

– **Call Center** 02.91979700

Sito Inarcassa: www.inarcassa.it

– PEC di Inarcassa: protocollo@pec.inarcassa.org

– Banca Popolare di Sondrio, IBAN Contributi e/o sanzioni **IT67X0569603211000060030X88**