

COPERTURA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI FARMACISTI ISCRITTI A ENPAF

CHI SIAMO

EMAPI – Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani è un'associazione senza finalità di lucro e Fondo sanitario riconosciuto dal Ministero della Salute, costituito da dodici enti di previdenza privati: Cassa Forense, CIPAG, Cassa Dottori Commercialisti, Cassa Notariato, ENPAB, ENPACL, ENPAF, ENPAM, ENPAP, ENPAPI, EPAP ed EPPI.

Attivo dal 2007, con l'obiettivo di garantire prestazioni sanitarie integrative e trattamenti assistenziali, è diventato negli anni una realtà che offre una concreta opportunità assistenza ai liberi professionisti. Attualmente si rivolge ad una platea di oltre un milione di professionisti a cui eroga prestazioni di Assistenza Sanitaria Integrativa (ASI), Long Term Care (LTC), Temporanea Caso Morte (TCM) e copertura contro gli Infortuni.

I nostri partner sono rappresentati da primarie compagnie di assicurazione, individuate attraverso procedure di selezione ad evidenza pubblica, ed EMAPI si pone come punto di riferimento per le Casse aderenti e per i professionisti fornendo informazioni e chiarimenti su aspetti amministrativi e sulla struttura delle garanzie, provvedendo alla raccolta delle iscrizioni e, soprattutto, impegnandosi a garantire il controllo dell'efficacia del servizio assicurativo.

La fondazione ENPAF ha aderito ad EMAPI, deliberando di attivare la copertura di ASI, con oneria carico del proprio bilancio, a favore dei propri iscritti e titolari di pensione diretta a far data dal 16/01/2018.

Evidenziamo che, oltre alla copertura di ASI, è attiva a favore degli iscritti all'ENPAF che alla data del 16/01/2018 non abbiano compiuto i 70 anni di età, la copertura di Long Term Care – LTC per la tutela della non autosufficienza erogata sempre tramite EMAPI.

COPERTURE ASI (Assistenza Sanitaria Integrativa)

EMAPI ha stipulato con la Società Reale Mutua di Assicurazioni una Convenzione per l'Assistenza Sanitaria Integrativa, in favore degli iscritti agli enti di previdenza associati.

La Convenzione, che è collettiva ed ha **decorrenza** dal **16 aprile di ogni anno al 15 aprile dell'anno successivo**, si compone di tre piani sanitari:

- **Copertura base Garanzia A** – copre le spese relative a **Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi** e prevede altresì prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica e di terapia;
- **Copertura integrativa Garanzia B** – ad adesione volontaria che, a sua volta, si suddivide in:
 - **B Smart** che copre tutti i ricoveri e gli interventi non compresi in Garanzia A;
 - **B Plus** che oltre ai ricoveri copre le spese extraospedaliere, le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici, le cure fisioterapiche e riabilitative.

L'Assistenza Sanitaria si può estendere volontariamente, con un costo aggiuntivo, anche a tutti gli appartenenti al proprio nucleo familiare, compreso il partner indipendentemente dal genere e dallo stato civile.

GARANZIA A

IN COSA CONSISTE LA PROTEZIONE ASSICURATIVA

Questa copertura rimborsa le spese sanitarie affrontate per i ricoveri determinati da gravi patologie indicate nell'apposito elenco reperibile nelle condizioni contrattuali e sul sito di EMAPI. L'obiettivo è quello di mettere a disposizione strumenti sanitari efficienti e in maniera rapida (adesempio erogati in regime privato) per avere un aiuto qualora si dovesse affrontare un grave problema sanitario, sollevando dalla preoccupazione economica di doverli pagare.

In sintesi le principali caratteristiche:

- **Massimale: € 500.000 anno/nucleo familiare**
- **Franchigia e scoperto:**
 - Struttura sanitaria /personale medico ambedue convenzionati: in questo caso non è prevista applicazione di costi a carico dell'assistito.
 - Strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia assicurativa: in questo caso è applicata una franchigia di € 300 per sinistro e uno scoperto pari al 15% con un massimo di € 2.000 a carico dell'assicurato; le prestazioni pre e post ricovero effettuate presso strutture/personale medico non convenzionati sono rimborsate con applicazione del solo scoperto.
- **Indennità sostitutiva:** nel caso in cui non sia stata presentata alcuna richiesta di rimborso per le spese inerenti al ricovero, verrà corrisposta un'indennità sostitutiva di € 155 per ogni giorno di ricovero. È possibile altresì annettere alla richiesta di indennità sostitutiva anche le spese per accertamenti sostenute prima e dopo il ricovero.
- **Ricoveri/Day Hospital** (pre e post intervento): indennità prevista di € 50 al giorno
- **Accessi ambulatoriali per terapie oncologiche:** indennità prevista di € 50 al giorno
- **Prestazioni Extra Ospedaliere di alta diagnostica** (per il solo caponucleo): è previsto un massimale di € 800 per anno assicurativo per prestazioni extraospedaliere (alta diagnostica radiologica e terapie, come da contratto)
- **Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero:** è previsto un massimale di € 10.000 per nucleo familiare/anno assicurativo per le prestazioni odontoiatriche puntualmente elencate nelle condizioni contrattuali
- **Accesso a tariffario agevolato:** è previsto un tariffario convenzionato per le prestazioni non rientranti in tale Garanzia "A". Si tratta di prestazioni dentarie, ospedaliere ed extraospedaliere, fisioterapiche e riabilitative.

CHI PUÒ BENEFICIARNE

La Garanzia "A" di base è attivata automaticamente in favore degli iscritti e dei titolari di pensione diretta. Per costoro, quindi, è una copertura senza costi a carico del Professionista che non prevede la compilazione di alcuna modulistica di adesione.

COME ESTENDERE LA COPERTURA AI PROPRI FAMILIARI

È possibile ampliare la copertura anche al nucleo familiare, da aprile a luglio di ogni anno, compilando semplicemente la modulistica di adesione on line, reperibile sul sito www.emapi.it, e versando il relativo contributo.

Per i costi è possibile consultare il sito oppure rivolgersi agli Uffici EMAPI.

COME BENEFICIARE DELLA COPERTURA

Le soluzioni possibili sono tre:

- 1. rivolgersi ad una struttura e a un medico convenzionati con la Compagnia di assicurazione Reale Mutua** (in questo caso non si dovranno sostenere spese). Per questa soluzione occorre prima farsi autorizzare attraverso la centrale operativa Reale Mutua/Blue Assistance da contattare attraverso il numero verde **800.936.633** (oppure 0039 011.7425739 per le chiamate dall'estero) raggiungibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 19,30. Si raccomanda di aprire il sinistro con almeno 2 giorni lavorativi di preavviso rispetto alla data dell'appuntamento;
- 2. rivolgersi a una struttura o un medico non convenzionati con l'assicurazione** (in questo caso si potrà chiedere il rimborso al quale verranno applicati le franchigie/scoperti previsti);
- 3. rivolgersi ad una struttura pubblica** (in questo caso potrà essere corrisposta un'indennità sostitutiva);

AMPLIAMENTO GARANZIA A: PACCHETTO IP – INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Il Pacchetto I.P. (Invalidità Permanente) grave da infortunio è una **copertura assicurativa collettiva ad attivazione esclusiva da parte degli enti di previdenza** che deliberino la sua operatività, si tratta di un ampliamento della copertura base Garanzia A.

ENPAF ha attivato anche questa garanzia - denominata "A1".

IN COSA CONSISTE LA PROTEZIONE ASSICURATIVA

La copertura consente agli iscritti a tali Enti di ottenere, in caso di **infortunio che comporti all'assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al 66%**, un indennizzo pari al capitale assicurato di € 80.000.

CHI PUÒ BENEFICIARNE

Gli iscritti in forma collettiva, vale a dire sia gli iscritti che i titolari di pensione diretta ENPAF (di cui all'Art. 7.1 lettera "a" delle Condizioni generali di Convenzione).

Tale copertura è dedicata esclusivamente al titolare di polizza e non può essere estesa ai familiari.

QUANTO COSTA

Non sono previsti costi a carico degli iscritti in quanto il contributo è a totale carico del bilancio dell'Ente che lo attiva.

COME BENEFICIARE DELLA COPERTURA

La denuncia di infortunio deve essere inviata ad EMAPI entro quindici giorni dall'infortunio stesso o da quando l'iscritto ne abbia la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico.

COPERTURE INTEGRATIVE B SMART / B PLUS

IN COSA CONSISTE LA PROTEZIONE ASSICURATIVA

L'obiettivo è quello di offrire delle coperture per completare la Garanzia A di base con una serie di prestazioni aggiuntive, diversificate in base al tipo di Garanzia B prescelta.

Il servizio prevede, ad esempio, il rimborso di spese effettuate per **ricoveri per patologie meno gravi e non compresi nella Garanzia A, per interventi chirurgici ambulatoriali, day hospital, per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure fisioterapiche, check-up, prevenzione dentaria.**

ESCLUSIONI E PERIODI DI CARENZA

Le Garanzie B facoltative **escludono dai rimborsi le spese effettuate per patologie pregresse**, vale a dire diagnosticate o curate anteriormente alla data di prima adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti precedentemente all'adesione.

Le Garanzie hanno, il solo primo anno di adesione, **un periodo di carenza assicurativa di 200 giorni**. Questo significa che per un nuovo aderente la copertura effettiva inizierà 200 giorni dopo la data di decorrenza che, essendo la Convenzione collettiva e retroattiva, coinciderà sempre con il 16 aprile di ogni anno.

L'adesione può pertanto essere effettuata in un momento qualsiasi compreso tra il 16 aprile e il 15 luglio fermo restando che sia la decorrenza che la carenza decorrono dal 16 aprile. Eccezionalmente per i casi di infortunio e/o gravidanza per la decorrenza farà fede la data di versamento del contributo.

Questa condizione, applicata ordinariamente nel mercato assicurativo, è volta a limitare l'utilizzo occasionale delle coperture e a favorire una continuità di adesione nel tempo degli iscritti, che è una variabile importante per mantenere un'adeguata platea di assicurati e quindi condizioni vantaggiose.

Va infatti ricordato che la nostra forza sta nel numero di professionisti che siamo in grado di portare collettivamente sul mercato e che garantiscono la forza della contrattazione collettiva che nessun singolo può avere.

CHI PUÒ BENEFICIARNE

Tutti gli iscritti che hanno in attivo la Garanzia di base "A" possono attivare le opzioni B, inoltre è possibile estendere queste coperture integrative al proprio nucleo familiare.

Se si estendono le coperture ai familiari è necessario includere tutti gli aventi diritto, non è possibile quindi scegliere di inserire un familiare anziché un altro. Inoltre, tutti i componenti del nucleo possono avere esclusivamente la stessa copertura scelta dal titolare per se stesso.

COME E QUANDO ATTIVARE LE COPERTURE B FACOLTATIVE

Ogni anno, nel periodo compreso tra aprile e luglio, è possibile aderire volontariamente alle coperture tramite la compilazione della modulistica on-line (reperibile sul sito EMAPI) ed il versamento del relativo contributo.

Non è necessaria la compilazione di questionari anamnestici né l'invio di altra tipologia di documentazione.

COSTI PER L'ATTIVAZIONE

Per i costi è possibile consultare direttamente il sito www.emapi.it

COME BENEFICIARE DELLA COPERTURA

Le soluzioni possibili sono tre:

- 1. rivolgersi ad una struttura e a un medico convenzionati con la Compagnia di assicurazione Reale Mutua.** Per questa soluzione occorre prima farsi autorizzare attraverso la centrale operativa Reale Mutua/Blue Assistance da contattare attraverso il numero verde **800.936.633** (oppure 0039 011.7425739 per le chiamate dall'estero) raggiungibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 19,30. Si raccomanda di aprire il sinistro con almeno 2 giorni lavorativi di preavviso rispetto alla data dell'appuntamento;
- 2. rivolgersi a una struttura o un medico non convenzionati con l'assicurazione.** In questo caso si potrà chiedere il rimborso al quale verranno applicati le franchigie/scoperti previsti;
- 3. rivolgersi ad una struttura pubblica.** In questo caso potrà essere corrisposta un'indennità sostitutiva.

GARANZIA B SMART

IN COSA CONSISTE LA PROTEZIONE ASSICURATIVA

Questa copertura è orientata a garantire **tutti i ricoveri non compresi nel piano di base**, con o senza intervento chirurgico, fatte salve le esclusioni di polizza. Vengono inoltre rimborsate tutte le prestazioni correlate al ricovero ed effettuate negli specifici lassi temporali come previsto dalle condizioni contrattuali (art. 2.1 sezione Garanzia B Smart). È inoltre previsto un check-up annuale per l'iscritto caponucleo e una visita di prevenzione dentaria annuale per ciascun componente del nucleo familiare assicurato. Si tratta di una Garanzia con un costo inferiore e un set di prestazioni ridotto rispetto alla B Plus.

Ecco in sintesi cosa prevede il piano sanitario:

- **Massimale: € 250.000 anno/nucleo familiare**
- **Franchigia e scoperto:** per tutte le prestazioni inerenti al ricovero, se effettuato presso strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia assicurativa, è prevista una franchigia di € 1.000 per sinistro e scoperto pari al 20% con un massimo di € 3.000 a carico dell'assicurato; le prestazioni pre e post ricovero effettuate presso strutture/personale medico non convenzionati sono rimborsate con applicazione del solo scoperto. In rete (struttura sanitaria e personale medico ambedue convenzionati) opera una franchigia fissa di € 300.
- **Indennità sostitutiva:** nel caso in cui non sia stata presentata alcuna richiesta di rimborso per le spese inerenti al ricovero, verrà corrisposta un'indennità sostitutiva di **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero. È possibile altresì annettere alla richiesta di indennità sostitutiva anche le spese per accertamenti sostenute prima e dopo il ricovero.
- **Check-up B Smart** per il solo iscritto caponucleo.
- **Prevenzione dentaria annuale:** operante una volta l'anno per ciascun componente del nucleo familiare assicurato, prevede una visita di controllo con ablazione del tartaro da effettuare presso gli studi convenzionati previa prenotazione.

GARANZIA B PLUS

COSA COMPRENDE LA COPERTURA

Questa è la **garanzia più completa** rispetto alle prestazioni offerte ed è finalizzata a coprire, oltre a tutti i ricoveri e alle prestazioni ad essi correlati, anche le visite specialistiche, le cure fisioterapiche, le cure dentarie da infortunio, un check-up annuale per l'iscritto caponucleo e una visita di prevenzione dentaria annuale per ciascun componente del nucleo familiare assicurato, fatte salve le esclusioni di polizza.

In sintesi le principali caratteristiche:

- **Massimale: € 300.000 anno/nucleo familiare**
- **Franchigia e scoperto:** per tutte le prestazioni inerenti al ricovero, se effettuato presso strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia assicurativa, è prevista una franchigia di € 1.000 per sinistro e scoperto pari al 20% con un massimo di € 3.000 a carico dell'assicurato; le prestazioni pre e post ricovero effettuate presso strutture/personale medico non convenzionati sono rimborsate con applicazione del solo scoperto
In rete (struttura sanitaria e personale medico ambedue convenzionati) opera una franchigia fissa di € 300.
- **Indennità sostitutiva:** nel caso in cui non sia stata presentata alcuna richiesta di rimborso per le spese inerenti al ricovero, verrà corrisposta un'indennità sostitutiva di € 150,00 per ogni giorno di ricovero. È possibile altresì annessere alla richiesta di indennità sostitutiva anche le spese per accertamenti sostenute prima e dopo il ricovero.
- **Extraospedaliere e domiciliari:** prestazioni di alta diagnostica radiologica e terapie, visite specialistiche e accertamenti diagnostici, cure fisioterapiche e riabilitative.
- **Check-up B Plus:** per il solo iscritto caponucleo.
- **Prevenzione dentaria annuale:** operante una volta l'anno per ciascun componente del nucleo familiare assicurato, prevede una visita di controllo con ablazione del tartaro da effettuare presso gli studi convenzionati previa prenotazione.
- **Cure e protesi dentarie da infortunio.**

COME FARE PER

USUFRUIRE DELLE COPERTURE

Le soluzioni possibili sono tre:

- 1. rivolgersi ad una struttura e a un medico convenzionati con la Compagnia di assicurazione Reale Mutua.** Per questa soluzione occorre prima farsi autorizzare attraverso la centrale operativa Reale Mutua/Blue Assistance da contattare attraverso il numero verde **800.936.633** (oppure 0039 011.7425739 per le chiamate dall'estero) raggiungibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 19,30. Si raccomanda di aprire il sinistro con almeno 2 giorni lavorativi di preavviso rispetto alla data dell'appuntamento. La Centrale, dopo aver valutato la congruità della richiesta potrà procedere con la presa in carico della stessa, che avverrà tramite e-mail. Si raccomanda di aprire il sinistro con almeno 2 giorni lavorativi di preavviso rispetto alla data dell'appuntamento;
- 2. rivolgersi a una struttura o un medico non convenzionati con la Compagnia di assicurazione Reale Mutua.** In questo caso si potrà chiedere il rimborso al quale verranno applicati le franchigie/scoperti previsti;
- 3. rivolgersi ad una struttura pubblica.** In questo caso potrà essere corrisposta un'indennità sostitutiva se si tratta di ricovero; in caso di prestazioni extraospedaliere verranno rimborsati i ticket al 100%. Non è necessario avvisare la Compagnia a priori ma semplicemente inviare una richiesta di rimborso dopo aver usufruito della prestazione.

RICHIEDERE UN RIMBORSO

Le richieste di rimborso possono essere inviate tramite **due diverse modalità, alternative fra loro:**

- 1. TRAMITE LA D.O.L. (Denuncia on Line):** è una richiesta di rimborso che si inoltra in modalità telematica attraverso l'area riservata del sito di Emapi. Questa modalità di invio, rispetto al canale postale comunque attivo, offre un risparmio sulle spese di spedizione e garantisce l'arrivo della documentazione presso gli uffici liquidativi in tempi molto più rapidi rispetto all'inoltro cartaceo tradizionale.
- 2. TRAMITE LA SPEDIZIONE POSTALE:** il plico, contenente la modulistica di richiesta di rimborso, va inviato unitamente alla documentazione completa a:
EMAPI / ENPAF - Ufficio postale Roma V.r. Casella Postale 483 Piazza San Silvestro, 19 – 00187 Roma

La spedizione potrà avvenire con posta raccomandata e non tramite corriere.