INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100895 Metasalute

PIANO MS1

	Massimali*/somme assicurate - scoperti/franchigie/ massimi indennizzabili
A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO "ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI" ALLE CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale	
A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA)	da elenco GIC
Massimale	
diretta	illimitato
rimborso/S.S.N.	18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti
Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia	4.000,00 euro una tantum a biennio (2027-2028) per evento a mammella
Condizioni	
diretta	Scoperto 15%
rimborso	Scoperto 15% nei massimali previsti per i singoli interventi
Ticket	100%
Pre/post	giorni illimitati
Trasporto sanitario	100%
Retta di degenza dell'accompagnatore	100%
A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA	100,00 euro al giorno max. 150 gg.
B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
B.1 Alta Specializzazione	
Massimale	da elenco max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili o assicurati oncologici nel nucleo familiare
Condizioni	
diretta	Scoperto 35%
rimborso	max. 70,00 euro per accertamento
B.2 Visite specialistiche	

Massimale	max. 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili o assicurati oncologici nel nucleo familiare
Condizioni	
diretta	franchigia 40,00 euro
rimborso	max. 50,00 euro per visita
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche	
Massimale	5.000,00 euro anno/nucleo
Condizioni	
Ticket	100%
B.4 Accertamenti diagnostici	
Massimale	max. 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili o assicurati oncologici nel nucleo familiare
Condizioni	
diretta	Scoperto 40%
rimborso	max. 30,00 euro per fattura
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ - *B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO* - *Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.* - *test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale* - *amniocentesi o villocentesi:* • *per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione* • *per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.* - *B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE* - *visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia* - *controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale* - *una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.*	Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
Massimale	700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni	
diretta	100%
rimborso	100%

Ticket	100%
B.5.3 Supporto psicologico post-parto, e in caso di aborto	Entro 18 mesi dal parto o dall'aborto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale	
diretta	Illimitato
rimborso/S.S.N.	Illimitato
Condizioni	
diretta	100%
rimborso	max. 36,00 euro per visita
Ticket	100%
C. FISIOTERAPIA	
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio	
Massimale	
diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	
diretta	Scoperto 30%
diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
Ticket	100%
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post-intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"	
Massimale	
Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	
diretta	Scoperto 30%
diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
rimborso	Scoperto 30%
Ticket	100%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia	
Massimale	
Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	
diretta	Scoperto 30%
diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso
rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione

Ticket	100%
C.4 Infiltrazioni muscolo scheletriche a seguito di malattia	
Massimale	
Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	
Diretta/diretta domiciliare	scoperto 30%
rimborso	scoperto 30%
Ticket	100%
D. ODONTOIATRIA	
D.1 Cure dentarie	cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia), terapie canalari. Si intendono ricompresi anche le seguenti cure: - protesi a seguito di ritrattamenti endodontici purché il trattamento endodontico sia stato effettuato dopo l'1.1.24 in vigenza contrattuale - rifacimento o sostituzione delle corone definitive su impianto a seguito di estrazione, purché effettuata dopo l'1.1.24 in vigenza contrattuale.
Massimale	
Diretta	2.500,00 euro Sub massimali in caso di ritrattamenti: 400,00 euro in caso di ritrattamento su singolo elemento dentario; 700,00 in caso di ritrattamenti su 2 elementi dentari, 1.100,00 euro in caso di ritrattamenti su 3 o più elementi dentari. I limiti elencati si riferiscono alle seguenti cure: ritrattamento ed eventuale ricostruzione coronale con protesi
rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e ablazione tartaro
Condizioni	Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
diretta	Scoperto 35%
rimborso	Scoperto 25%
Ticket	100%
D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro	Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale	
diretta	illimitato
rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie

Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno
Massimale		Illimitato
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		Illimitato
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) ; Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per singolo alveolo dentario e per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pedo estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico. L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato a seguito dell'estrazione indennizzata a far data dall'1.1.24 in vigenza contrattuale, o in caso di interventi di rigenerativa tardiva. Per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.
Massimale		2.500,00 euro
Condizioni		
	diretta	Scoperto 35%
	Ticket	100%
E. PREVENZIONE		

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2024 – 2026: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2026 potrà fruirne solo nel 2028; chi avesse eseguito gli esami nel 2025 potrà fruirne nel 2027.
Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE	
E.1.1 Prevenzione base	esami del sangue [emoglobina glicosilata, protidogramma, alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, come da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare.
Massimale	
diretta	Illimitato
rimborso	80,00 euro a pacchetto
Condizioni	
diretta	Scoperto 20%
rimborso	Scoperto 20%
E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee	visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4, ecografia della tiroide e delle paratiroidi; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Massimale	
diretta	Illimitato
rimborso	50,00 euro a pacchetto
Condizioni	
diretta	Scoperto 20%
rimborso	Scoperto 20%
E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale	visita fisiatrica o ortopedica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Massimale	
diretta	Illimitato
rimborso	50,00 euro a pacchetto
Condizioni	
diretta	Scoperto 20%
rimborso	Scoperto 20%
E.1.4 Sindrome metabolica	L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata. Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
Massimale	
diretta	Illimitato
rimborso	25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
Condizioni	
	Scoperto 20%

diretta rimborso	Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA	
E.2.1 Pacchetto Donna	**Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)** Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST **Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)** Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) **Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)** Donne – tra 40 e 49 anni • Visita senologica • Mammografia Donne – oltre i 50 anni Mammografia Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2026 potrà richiederlo nel 2028).
Massimale diretta rimborso Condizioni diretta rimborso	 Illimitato 80,00 euro Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 24 e 39 anni) Massimale diretta rimborso Condizioni diretta rimborso	1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2026 potrà effettuarla nel 2028) Illimitato 36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO	
E.3.1 Pacchetto Uomo	Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2026 potrà richiederlo nel 2028). **Uomo – oltre i 21 anni** • visita cardiologica • ecocolordoppler testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) **Uomo – oltre i 50 anni** • PSA

Massimale diretta rimborso	• Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo **Uomo – senza limite di età** • visita urologica • ecografia prostatica (Ecografia transrettale) Illimitato 80,00 euro
Condizioni diretta rimborso	 Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)	1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2026 potrà eseguirlo nel 2028): • PSA FREE: • 2 PRO PSA
Massimale diretta rimborso Condizioni diretta rimborso	 Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo Scoperto 20% Scoperto 20%
E.4. Percorsi di prevenzione	
Condizioni	
diretta	1 percorso a scelta per il Nucleo fra: teleconsulto medico di base, benessere generale, psicoterapia, nutrizione, fisioterapia.
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)	
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) **A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL** tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%	plafond una tantum (cioè una sola volta nel biennio 2027-2028), a rimborso (da elenco) 7.000,00 euro 10.000,00 euro 15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80% tra 80% e 90% tra 91% e 100%	plafond una tantum (cioè una sola volta nel biennio 2027-2028), a rimborso (da elenco) 8.000,00 euro 10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI	
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital Massimale diretta rimborso/S.S.N. Condizioni	da elenco. Sono ricompresi anche gli accertamenti diagnostici che si tramutano in intervento chirurgico ambulatoriale. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno. 1.500,00 euro per evento 1.500,00 euro per evento

diretta	Scoperto 35%
rimborso	Scoperto 35%
Ticket	100%
G.2 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche	
Massimale	
diretta	1.000,00 euro
rimborso	700,00 euro
G.3 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)	In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.4 Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)\a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica	
Massimale	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia
diretta	350,00 euro
rimborso/ *Ticket*	250,00 euro
Condizioni	
diretta	100%
rimborso	max. 36,00 euro per visita
Ticket	100%
G.5 Logopedia figli minorenni	
Massimale	100,00 euro
diretta	100%
rimborso	max. 20,00 euro a seduta
Ticket	100%
G.6 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)	
G.6.1 Bambini (0-11 non compiuti) - Visite ed accertamenti diagnostici	
Massimale	10.000,00 euro anno/figli
diretta	100%
rimborso	max. 36,00 euro per visita e per fattura
Ticket	100%
G.6.2 Bambini (0-11 non compiuti) - Esami di laboratorio	
Massimale	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura
diretta	100%
rimborso	max. 36,00 euro a fattura
Ticket	100%
G.6.3 Adolescenti (11-18 non compiuti) -Visite ed accertamenti diagnostici	
Massimale	max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno
diretta	10.000,00 euro anni/figli; 100%
Rimborso	max. 36,00 euro per visita e per fattura
Ticket	100%
G.6.4 Adolescenti (11-18 non compiuti) -Esami di laboratorio	
Massimale	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura
diretta	100%
Rimborso	max. 36,00 euro a fattura
Ticket	100%

H. PRESTAZIONI SOCIALI (solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)	
H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo	Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI
Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

***I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato**
Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.