



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria

Fondo Metasalute - Convenzione n. 100609

per i **Lavoratori aderenti al Fondo**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

*Prima della sottoscrizione
leggere attentamente
le condizioni di assicurazione*

MODELLO FI 2503

Edizione 03/2022

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 305.208.000,00 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.



SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 311:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag.1
- **Capitolo I – Norme che regolano la convenzione** - da pag. 9
- **Capitolo II - Informazioni generali** - da pag. 17
- **Capitolo III - Condizioni assicurative** - da pag. 19

SEZIONE II

- **Capitolo I – Descrizione delle prestazioni assicurate** - da pag. 21
- **Capitolo II – Esclusioni e delimitazioni** - da pag. 288
- **Capitolo III - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 291

SEZIONE III

- **Capitolo I – Servizi aggiuntivi previsti per tutti i piani sanitari**

ALLEGATI

- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Per rendere più chiare le norme che regolano la Convenzione e le Condizioni di Assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del contraente o dell'assicurato

Box verde: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione, cioè i lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute e il loro Nucleo familiare (a carico e non) secondo quanto previsto dalle CDA.

Assicurazione: contratto con il quale Intesa Sanpaolo RBM Salute copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale Operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza diretta domiciliare: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale Operativa
- riceve le prestazioni a domicilio da medici/professionisti convenzionati con il Network.

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza infermieristica: assistenza offerta da personale fornito di specifico diploma.

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

Cartella clinica: insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.) La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

Certificato di assicurazione: documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati del Contraente, soggetti assicurati, ecc).

Chirurgia bariatrica ("chirurgia dell'obesità"): interventi chirurgici per ridurre l'assunzione di cibo diminuendo la capacità gastrica (interventi "restrittivi") o la capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi "malassorbitivi").

Compagnia: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Contraente: Fondo mètaSalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital/Day Surgery: ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Domicilio: luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere/Interventi chirurgici odontoiatrici:** singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più

patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post e, per gli interventi chirurgici odontoiatrici, implantologia post-chirurgica).

N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

Data evento: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

Data evento: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria

- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.

Data evento: data di esecuzione della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.

- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.

Data evento: data di esecuzione della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.

Data evento: data di esecuzione della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Fondo: Fondo mètaSalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584; ha finalità assistenziale ed è abilitato¹ a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assicurato, durante il ricovero o per prestazioni ad esso correlate (pre e post, fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari)

Indennizzo: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate con certificato di Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio.

Intervento ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia senza ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono intervento chirurgico.

¹ Art. 51 "Determinazione del reddito di lavoro dipendente" del D.P.R. n. 917/1986.

Intervento chirurgico concomitante: ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- o fuori dall'orario di lavoro
- o in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- o per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.

Non sono istituto di cura:

- o gli stabilimenti termali
- o le case di convalescenza e di soggiorno
- o colonie
- o case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA)
- o istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

Lungodegenza: ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata.

Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS²).

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

² Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

MMG: Medico di Medicina Generale (comunemente noto come Medico di Base).

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata - Assicurazione del sito internet www.fondometasalute.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare a carico: oltre al titolare lavoratore:

1) i soggetti di cui all'art. 12, lett. a) e c) del DPR. n. 917/1986, ossia

- il coniuge fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili³) non legalmente ed effettivamente separato;
- i figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) sino al compimento del 26° anno di età, con eccezione dei figli con disabilità per i quali non ci sono limiti di età. In tale ambito, per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

2) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1).

I soggetti di cui ai precedenti punti non devono possedere un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) superiore a euro 2.840, 51 (DPR. n. 917/1986, punto n. 2) ed euro 4.000,00 per i figli di età inferiore ai 24 anni (Legge n. 205 del 2017, commi 252 e 253), o quello pro tempore vigente.

Nucleo familiare non a carico:

- a) il coniuge non fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili⁴) non legalmente ed effettivamente separato;
- b) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1);
- c) i figli fiscalmente a carico dal giorno successivo al compimento del 26 anno di età;
- d) i figli fiscalmente non a carico purchè conviventi;
- e) figli non fiscalmente a carico non conviventi affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;

Optometrista: professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

Polizza: contratto di assicurazione.

³ Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

⁴ Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

Premio: la somma che il Contraente deve a Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: strumento o manufatto che sostiene, supplisce, aumenta o migliora una funzione insufficiente o compromessa di parti anatomiche (per esempio: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.).

Protesi acustica (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.

Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

Intesa Sanpaolo RBM Salute: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto

Regime rimborsuale: regime per cui Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

Rimborso: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Sport professionistico/Gare professionistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

S.S.N.: Servizio Sanitario nazionale.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per nucleo familiare.

Per ricoveri con intervento chirurgico **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

Titolare: caponucleo dipendente di azienda iscritta al Fondo.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza

Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995(fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

Una tantum: una volta sola nel triennio 2021-2023.

Utilizzo del S.S.N.: quando l'Assicurato paga un ticket per la prestazione sanitaria ricevuta nell'ambito del S.S.N.

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO I – NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 1. Oggetto e durata della convenzione

Premesso che

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Fondo Metasalute (nel seguito le "Parti") è stata stipulata la Convenzione n. 100609 (nel seguito "la Convenzione"), avente scadenza 31.12.2020

- Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Fondo Metasalute hanno rinnovato la Convenzione per il biennio 01.01.2021-31.12.2022

Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Fondo Metasalute convengono di prorogare di un anno la durata della Convenzione, fissandone la nuova scadenza al 31/12/2023, con modifiche alle garanzie previste dalla copertura assicurativa condivise tra le Parti e aventi effetto a decorrere dal 01/01/2022 e rappresentate nella presente edizione di Convenzione.

Il Fondo Metasalute potrà esercitare la facoltà di recesso dalla Convenzione al 31.12.2022, nei casi di manifesta e comprovata inadeguatezza degli standard di servizio garantiti dalla Compagnia, alle condizioni e casistiche condivise separatamente tra le Parti.

Oggetto di questa Convenzione è l'assicurazione per il rimborso delle spese sostenute in conseguenza di infortunio o malattia dagli Iscritti a Metasalute assicurati dalla presente Convenzione, nei modi e nei limiti di seguito descritti.

Metasalute è il Fondo Nazionale di Categoria di Assistenza Sanitaria Integrativa, costituito in forma di associazione non riconosciuta, che opera nel mondo non profit a favore dei lavoratori del settore metalmeccanico e dell'installazione di impianti.

Il Fondo Metasalute, nell'esercizio della sua attività istituzionale, individua e struttura in proprio – nell'interesse degli iscritti – soluzioni sanitarie integrative, ritenute adeguate a soddisfare le esigenze della platea di riferimento.

Il Fondo Metasalute stipula, in veste di Contraente, la presente convenzione assicurativa per garantire ai lavoratori iscritti ed al relativo nucleo familiare, nei modi e nei termini che seguono, le coperture previste dai Piani Sanitari.

Tramite l'intervento di Intesa Sanpaolo RBM Salute, i lavoratori iscritti al Fondo – oltre a essere destinatari primari di soluzioni sanitarie integrative no profit - beneficiano dell'intervento assicurativo della compagnia che garantisce l'effettiva erogazione in forma assicurativa delle prestazioni di rimborso spese per infortunio e malattia oggetto dei predetti Piani Sanitari.

Art. 1.2 Assicurazione per conto altrui

In ragione della natura di contratto assicurativo per conto altrui della presente copertura assicurativa e della peculiarità dei rapporti sanitari integrativi sottostanti, ove non diversamente regolato nelle CDA, le Parti convengono quanto segue:

- il Fondo Metasalute, nella sua veste di Contraente, comunica alla Compagnia i nominativi e i riferimenti dei soggetti da assicurare, essendo questi lavoratori iscritti al Fondo medesimo. Il Fondo comunica altresì i nominativi e i riferimenti dei soggetti da considerare quali componenti del nucleo familiare del lavoratore iscritto, siano essi a carico o meno;

- in caso di ritenuta incongruenza delle informazioni ricevute dal Fondo Metasalute con riguardo al diritto del soggetto ad essere assicurato (ovvero ad essere classificato come familiare del lavoratore), la Compagnia opererà le verifiche per il tramite del Fondo Metasalute fornendo gli elementi ritenuti necessari affinché il Fondo medesimo effettui le opportune indagini e proceda alle eventuali comunicazioni di rettifica;

- resta invece direttamente in capo alla Compagnia ogni indagine in merito alla sussistenza del diritto di indennizzo, e relativa quantificazione, spettante all'Assicurato in caso di sinistro, prendendo l'Impresa contatto diretto con il singolo Assicurato. Resta comunque fermo il diritto del Fondo Metasalute di ricevere puntuali informazioni circa la gestione delle singole pratiche di liquidazione, secondo le modalità che saranno convenute tra Fondo e Compagnia.

Art. 2. Persone assicurabili

2.1. Persone assicurabili

I Lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute.

I predetti Lavoratori aderiscono in forma collettiva e obbligatoria alla presente Convenzione.

Inclusione/estensione della copertura assicurativa al Nucleo familiare del Lavoratore dipendente

a.1.) Inclusione dei familiari a carico nel Piano Sanitario del Titolare

I familiari a carico identificati nella definizione di "Nucleo familiare" si intendono gratuitamente inclusi nel Piano Sanitario del Titolare, con massimali delle garanzie condivisi.

a.2) Estensione del Piano Sanitario per i familiari non a carico

È data inoltre facoltà al dipendente di estendere la copertura assicurativa, su base volontaria e a fronte del pagamento del relativo premio, ai componenti del nucleo familiare non a carico come identificati nella definizione di "Nucleo familiare non a carico", con massimali autonomi.

L'estensione o l'attivazione della copertura assicurativa in favore dei familiari potrà in ogni caso avvenire con riferimento alla medesima tipologia di Piano Sanitario del Titolare o, in alternativa, con esclusivo riferimento al Piano Base, in ogni caso con massimali autonomi.

Al momento della propria adesione o nei casi in cui sia consentito dal Fondo Metasalute, ogni componente del Nucleo familiare non a carico potrà unicamente esprimere la scelta di massimali autonomi.

Il diritto all'inclusione o all'estensione della copertura assicurativa ai componenti rispettivamente del nucleo familiare a carico e non, permane finché sussiste l'iscrizione al Fondo del lavoratore dipendente, ferme rimanendo le condizioni di permanenza in copertura previste nella presente Convenzione.

Con riferimento ai componenti del Nucleo familiare non a carico, nel caso in cui non venga manifestata la volontà di aderire al Fondo secondo le tempistiche regolamentari previste, e di conseguenza alla copertura assicurativa di cui alla presente Convenzione, la facoltà di iscrizione sarà esercitabile esclusivamente se trascorsi 3 anni dall'ultima adesione al Fondo.

Residenza degli assicurati

Sono assicurabili i lavoratori residenti in Italia e pure i transfrontalieri residenti all'estero se domiciliati presso Azienda avente sede in Italia.

Rientrano nelle definizioni di "Nucleo familiare" e "Nucleo familiare non a carico" i familiari del lavoratore titolare se sono anagraficamente residenti in Italia.

È garantita la copertura ai familiari che rientrano nella definizione di Nucleo familiare a carico **anche se residenti all'estero**; in tal caso, ove prevista dai Piani Sanitari, non si applica la seguente clausola: *"In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta"*, intendendosi per provincia anche un territorio locale estero.

2.2 Persone assicurabili – "Flexible Benefits" Per i Titolari caponucleo e relativi familiari appartenenti al "Nucleo Familiare a carico" che per il 2021 hanno attivato i flexible benefits con data decorrenza 01/06/2021, la copertura assicurativa proseguirà sino alla scadenza, prevista al 31/05/2022 (o inferiore in caso di uscita dalla copertura assicurativa) e con applicazione delle condizioni assicurative previste per il Piano Sanitario Integrativo D dalla precedente edizione di Convenzione (ed. 04/2021).

Gli Assicurati che non hanno invece attivato i flexible benefits per il 2021, o comunque per i quali il Piano Sanitario D attivato tramite la destinazione del flexible benefit scada nel 2021 (ad esempio i familiari appartenenti al "Nucleo familiare non a carico") o nel 2022, non potranno più destinare il contributo per il welfare flessibile al Fondo per le annualità assicurative successive (2022-2023).

Il Fondo e Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegnano a negoziare una nuova regolamentazione per l'impiego dei cosiddetti flexible benefits collegati ai Piani Sanitari Integrativi (da A a F) entro la fine del primo trimestre 2022.

Art. 3. Premio

Art. 3 A) Premio relativo al dipendente e ai componenti del Nucleo familiare a carico con massimali condivisi

3.A1 Il premio annuo è comprensivo di imposte: 2,50%

3.A2 Il premio riferito al lavoratore ricomprende anche i suoi familiari a carico.

3.A3 Il premio, frazionato nel suo valore in dodici mensilità, è pagato dal Fondo su base mensile alle scadenze per ciascun lavoratore iscritto (e ricomprende gli eventuali componenti del suo Nucleo familiare a carico) dalla data di richiesta di inclusione in garanzia ai sensi dell'art. 4.1.1 e sino alla sua cessazione dalla copertura assicurativa.

3.A4 L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese di cessazione dalla copertura del lavoratore e la cessazione, con relativa cessazione di obbligo di pagamento del premio, si estende ai componenti del suo Nucleo familiare a carico. Si applica quanto previsto dall'articolo 4.4.

Art. 3B) Premio aggiuntivo relativo al dipendente e ai componenti del "Nucleo familiare non a carico"

Il premio aggiuntivo relativo ai componenti del "Nucleo familiare non fiscalmente a carico" è sempre annuale.

Art. 4. Inclusione, esclusione e variazione in corso d'anno delle persone assicurate

4.1 Inclusione ed esclusione di dipendenti

Le inclusioni e le esclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo RBM Salute entro i termini e con le modalità concordate nell'Art.3 tra il Fondo e Intesa Sanpaolo RBM Salute.

4.1.1 Inclusione di dipendenti

I lavoratori già iscritti al Fondo Metasalute e assicurati da Intesa Sanpaolo RBM Salute prima della data di decorrenza della presente Convenzione continuano a essere destinatari della copertura assicurativa senza soluzione di continuità rispetto alla precedente Convenzione.

La data di efficacia e di cessazione della copertura assicurativa coincide con quella di efficacia e cessazione del diritto del lavoratore di usufruire del Piano Sanitario Metasalute. Conseguentemente, la richiesta di inclusione ed esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa è formulata dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, attraverso le modalità di cui all'art. 4.1

4.2 Inclusione dei componenti del Nucleo familiare

4.2.1 Inclusione dei componenti del "Nucleo familiare a carico"

La copertura decorre dal primo giorno del mese successivo alla registrazione del familiare effettuata dal Titolare caponucleo attraverso la piattaforma web resa disponibile dal Fondo. Resta inteso che il Titolare caponucleo deve essere già assicurato dalla presente Convenzione nei modi e nei termini di cui al precedente punto 4.1.1.

I figli di genitori, entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo Metasalute, coniugati, uniti civilmente o conviventi di fatto, devono essere inseriti in copertura solo nel nucleo di uno dei due genitori.

I figli di dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, non possono essere inseriti in copertura del nucleo familiare del genitore se sono anch'essi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo.

Se entrambi i coniugi, uniti civilmente o conviventi di fatto, sono dipendenti di Aziende iscritte al Fondo Metasalute e titolari del piano sanitario, non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge, unito civilmente o convivente.

4.2.2 Attivazione dei Piani Sanitari ai componenti del "Nucleo familiare non a carico"

Il dipendente, su base individuale e volontaria, può attivare la copertura relativamente ai propri familiari che rientrano nella definizione "Nucleo familiare non a carico" con massimali autonomi, con onere contributivo a proprio carico e versamento del premio a Intesa Sanpaolo RBM Salute da parte del Fondo.

L'attivazione dei Piani Sanitari in favore dei familiari non a carico può avvenire:

- **Scegliendo la medesima tipologia di Piano Sanitario del Titolare, esclusivamente con massimali autonomi; si precisa che la scelta di Piani Sanitari Integrativi da A a F è possibile solo se il Titolare caponucleo e/o i familiari vi aderissero già al 31/12/2021 o se la scelta a livello aziendale del piano Sanitario Integrativo fosse stata effettuata prima della chiusura dell'ultima finestra di opzione prevista nel predetto esercizio dalla Circolare 6/2021 del Fondo (15 novembre – 30 novembre 2021)**

o

- **Scegliendo il Piano Base, anche se il Titolare ha un Piano Sanitario diverso (possibilità prevista solo per i Titolari che già vi aderissero al 31/12/2021 o se la scelta a livello aziendale**

del piano Sanitario Integrativo fosse stata effettuata prima della chiusura dell'ultima finestra di opzione prevista nel predetto esercizio dalla Circolare 6/2021 del Fondo (15 novembre – 30 novembre 2021), esclusivamente con massimali autonomi.

Il familiare appartenente al "Nucleo familiare non a carico" è assicurato dal 01 gennaio di ogni anno se il Titolare caponucleo ha comunicato al Fondo l'attivazione del Piano Sanitario a massimali autonomi entro la finestra di adesione prevista nell'annualità precedente e sempreché il Titolare caponucleo sia assicurato alla predetta data; nel caso in cui l'assicurazione del Titolare caponucleo decorra da data successiva al 01 gennaio, in quanto ancora non maturata la carenza prevista dal Fondo per l'accesso alle prestazioni assicurative, la copertura del familiare appartenente al "Nucleo familiare non a carico" è operativa dal momento dell'attivazione della copertura del Titolare caponucleo.

Con riferimento ai coniugi o ai conviventi more uxorio o agli uniti civilmente assicurati al 01 gennaio, nel caso in cui gli stessi da componenti del "Nucleo familiare a carico" diventino invece soggetti appartenenti al "Nucleo familiare non a carico" il Titolare caponucleo potrà, tempestivamente, al momento della conoscenza della variazione del carico fiscale, dichiarare l'attivazione della copertura sanitaria quali familiari non a carico, con massimali autonomi; in mancanza, la copertura assicurativa dei soggetti sopra indicati cessa. Il premio per la copertura quale familiare non a carico è dovuto con effetto dal 01 gennaio dell'anno in cui si è verificata la variazione. Di conseguenza i massimali autonomi troveranno applicazione retroattiva da tale data (01 gennaio) per i rimborsi non ancora richiesti alla data di variazione del carico fiscale e aventi data fattura successiva a tale data.

Resta inteso che, nel caso in cui i soggetti sopra identificati dovessero essere entrati in copertura in corso d'anno, gli effetti della variazione di familiare da appartenente al "Nucleo familiare a carico" ad appartenente a "Nucleo familiare non a carico" decorreranno dalla data di attivazione della loro copertura sanitaria e non dal 01 gennaio, pur restando dovuto il premio annuale della copertura sanitaria quali familiari non a carico. Analogo trattamento è previsto con riferimento ai figli non fiscalmente a carico e non conviventi con il Titolare caponucleo perché affidati con sentenza di separazione/divorzio all'altro genitore.

La copertura dei familiari non a carico cessa di produrre i propri effetti alla data del 31 dicembre dell'anno di inclusione in polizza.

Le inclusioni e le esclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo RBM Salute entro i termini e con le modalità concordate nell'Art. 3 tra il Fondo e Intesa Sanpaolo RBM Salute.

4.2.3 Inclusione di familiari in corso d'anno

- Matrimonio, unione civile e nascita di figli: sono previste le stesse condizioni di cui ai punti 4.2.1 e 4.2.2;

- Inclusione postuma di un componente del "Nucleo familiare a carico" in corso d'anno per precedente omissione della comunicazione di cui al punto 4.2.1.

4.3 Cambio di Piano Sanitario

Al dipendente assicurato può applicarsi un diverso Piano Sanitario in corso d'anno se:

- **cambia Azienda e quest'ultima applica Piani Sanitari differenti della Convenzione rispetto al precedente datore di lavoro;**
- **intervengono modifiche al suo rapporto di lavoro (es. promozione/cambio di categoria) che determinino un nuovo Piano sanitario di riferimento.**

In tale ambito si rammenta inoltre che i Piani Sanitari Integrativi da A a F non possono essere opzionati dalle Aziende se già non vi hanno aderito al 31/12/2021 per effetto di una scelta effettuata in precedenza a valere sulla annualità 2021 o se la scelta non fosse stata effettuata prima della chiusura dell'ultima finestra di opzione prevista nel predetto esercizio dalla Circolare n. 6/2021 del Fondo (15 novembre – 30 novembre 2021); pertanto, in tale caso (non opzionabilità) è possibile:

- mantenere il Piano Sanitario Integrativo già opzionato, senza possibilità di sceglierne uno diverso;
- recedere dal Piano Sanitario Integrativo, con effetto dall'annualità successiva, optando di aderire al Piano Base. In particolare:
 - o entro il 31/12/2021, è facoltà delle Aziende che abbiano già attivato uno o più Piani Sanitari integrativi (da A a F), di revocare la propria adesione a tali Piani Sanitari Integrativi con effetto dal 01/01/2022, con contestuale rientro nel Piano Base;
 - o è facoltà delle Aziende che abbiano mantenuto per l'esercizio 2022 uno o più Piani Sanitari integrativi (da A a F), da esercitarsi in occasione della finestra di esercizio della facoltà di uscita dai Piani Sanitari Integrativi, della durata di trenta giorni, che sarà comunicata dal Fondo e che in ogni caso sarà fissata entro il mese di novembre 2022, di revocare la propria adesione a tali Piani Sanitari Integrativi con effetto dal 1/01/2023, con contestuale rientro nel Piano Base.

È previsto un vincolo di permanenza almeno annuale nel Piano Sanitario Integrativo per tutte le Aziende che ne mantengano l'attivazione al 31/12/2021, a valere sull'annualità 2022, o alla data che sarà identificata dal Fondo nel 2022 (e che non potrà superare il 30/11), a valere sull'annualità 2023.

Il Piano Sanitario del lavoratore assicurato varia in corso d'anno in ragione della richiesta di variazione del Cambio Piano formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità.

Il Cambio di Piano ha effetto dalla data comunicata alla Compagnia da parte del Fondo, tramite invio di apposito record in cui si dà evidenza che si tratta di un cambio piano, se tale data è successiva alla data di ricezione della richiesta medesima da parte della Compagnia. Se la richiesta di Cambio Piano presenta una data di cambio antecedente rispetto alla data di ricezione della richiesta medesima da parte della Compagnia, la decorrenza avrà efficacia retroattiva solo nel caso in cui il Titolare caponucleo e l'eventuale Nucleo familiare a carico non abbiano denunciato sinistri nel periodo intercorrente tra la data comunicata dal Fondo e la data di ricezione della comunicazione di Cambio Piano da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

In caso contrario, il Cambio di Piano ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese antecedente a quello della richiesta se la stessa avviene entro il quinto giorno del mese di comunicazione. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la variazione del cambio Piano ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione.

La variazione produce i suoi effetti anche per i componenti del "Nucleo familiare a carico" del Titolare caponucleo.

Il premio sarà adeguato al nuovo Piano Sanitario dalla data di decorrenza della variazione dello stesso.

4.4 Cessazione della Copertura

La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.

Se la comunicazione di esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa da parte del Fondo a Intesa Sanpaolo RBM Salute avviene entro il quinto giorno del mese successivo rispetto al mese di cessazione (mese di riferimento), quest'ultima ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di riferimento. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la cessazione ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione. Il premio è dovuto sino al mese di permanenza in copertura assicurativa.

La cessazione produce contestualmente i suoi effetti anche per i componenti del "Nucleo familiare a carico" del Titolare caponucleo.

In applicazione della regola generale di cui all'art. 4.2.2., per i componenti del "Nucleo Familiare non a carico" la copertura cessa al 31 dicembre dell'anno cui si riferisce l'adesione del familiare pagante.

4.5 Regolazione del premio

In nessuno dei casi di cessazione è prevista la restituzione dei premi a qualunque titolo dovuti.

Si procede alla consegna delle regolazioni contabili del premio secondo inclusioni e passaggi avvenuti nel mese di riferimento ed eventuali variazioni residuali riferite ai mesi precedenti.

Art. 5 Documentazione relativa ai Piani Sanitari assicurati dalla presente Convenzione

Il Fondo mette a disposizione dei lavoratori e del loro Nucleo familiare i seguenti documenti:

- a) Informativa Privacy**
- b) Dip**
- c) Dip Aggiuntivo**
- d) Condizioni di Assicurazione**

Il Contraente si impegna a trasmettere, su richiesta, a Intesa Sanpaolo RBM Salute, tutta la documentazione messa a disposizione dell'Assicurato e inerente il presente contratto assicurativo (ivi comprese eventuali guide operative o note di sintesi), per consentire alla Compagnia il monitoraggio delle informazioni fornite agli Assicurati.

Art. 6 Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- modifiche statutarie attinenti il cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso.

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, Intesa Sanpaolo RBM Salute informa in dettaglio il Contraente che, a sua volta, informa gli Assicurati.

Art. 7 Modifiche

Intesa Sanpaolo RBM Salute può introdurre modifiche delle garanzie, delle condizioni della polizza, delle procedure e dei tempi di liquidazione delle prestazioni assicurative solo con accordi specifici con il Fondo.

Art. 8 Foro competente

Per le controversie

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Contraente: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria della sede legale del Contraente

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assicurato: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del lavoratore dipendente o del familiare o dell'avente diritto.

Se esistono, le Parti possono ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 9 Rinvio

Per quanto non previsto da queste disposizioni, si rinvia alle CDA.

CAPITOLO II – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007⁵.

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2020⁶

Patrimonio netto: € 367.891.567,00

di cui

- capitale sociale: € 160.000.000,00

- totale delle riserve patrimoniali: € 207.891.567,00

Indice di solvibilità^[2]: 270%

Art. 3. Carenza contrattuale

Non è previsto un periodo di carenza.

Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 5. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze⁷.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2022, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2023.

Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

Art. 6. Reclami

6.1 Come fare reclamo

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute a scelta:

- compilando il form on line (<https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html>),
- per posta ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami – Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)

⁵ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

⁶ I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

^[2] L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

⁷ Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

- per fax: 011/0932609
- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com
- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi, se esistono.

Liti transfrontaliere

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

6.2 Risposte al reclamo

Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

fax: 06.42133206

pec: ivass@pec.ivass.it

informazioni su www.ivass.it

- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria⁸ per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

⁸ D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

CAPITOLO III - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 7. Cosa si assicura

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Art. 8. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Assenza di Questionario Sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione⁹.

Il Fondo si impegna, su richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, a verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti in relazione agli Assicurati, i relativi familiari e aventi diritto (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

Non è richiesta la compilazione di alcun Questionario sanitario.

Art. 9. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri¹⁰.

Devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso.

Art. 10. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

10.1. Decorrenza

L'assicurazione decorre:

- secondo le regole stabilite al punto 4.1 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento.

10.2. Premio

- Il premio assicurativo è pagato dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo RBM Salute su base mensile per ciascun lavoratore iscritto (e ricomprende gli eventuali componenti del suo "Nucleo Familiare a carico");
- componente del Nucleo familiare del lavoratore non a carico.

⁹ Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.

¹⁰ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese successivo a quello della data di esclusione dalla copertura del lavoratore. Resta inteso che il Fondo Metasalute è tenuto comunque a pagare a Intesa Sanpaolo RBM Salute i premi mensili per l'annualità in corso per ciascuno dei componenti del "Nucleo familiare non a carico" del lavoratore cessato dalla garanzia. Ciò in ragione della permanenza in garanzia di questi ultimi sino al 31 dicembre dell'anno di cessazione del lavoratore stesso dalla copertura assicurativa ai sensi dell'art. 4.2.2.

10.3. Anagrafica

Pur trattandosi di copertura assicurativa senza soluzione di continuità rispetto al triennio 2018-2020, all'inizio di ciascun anno di copertura il Fondo comunica a Intesa Sanpaolo RBM Salute le anagrafiche relative a tutti gli assicurati.

In ogni caso, le variazioni in corso d'anno di anagrafiche di persone assicurate devono pervenire a Intesa Sanpaolo RBM Salute con cadenza settimanale.

Il Contraente inoltre deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute:

- residenza dell'Assicurato
- Codice Univoco Azienda, Piano Sanitario prescelto su base aziendale e provincia dello stabilimento dove è occupato il lavoratore.

Art. 11. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 12. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 13. Imposte

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato da Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Art. 14. Controversie: mediazione

Per controversie tra Assicurato o Contraente e Intesa Sanpaolo RBM Salute connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente¹¹.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (→ Art. 8 "Foro competente" delle Norme che regolano la Convenzione).

Art. 15. Rinvio alle Norme di Legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

¹¹ D.lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

Sezione II

CAPITOLO I – DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 16. Oggetto dell'Assicurazione

Intesa Sanpaolo RBM Salute, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole garanzie e nei singoli Piani Sanitari, copre le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia o infortunio verificatisi dopo la data di entrata in copertura, ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Si specifica che le algie di qualsiasi natura, come anche eventuali stati d'essere dell'Assicurato (ad esempio l'astenia) non costituiscono patologie e pertanto non sono oggetto di copertura le prestazioni ad esse relative.

Le spese a cavallo di due annualità assicurative sono imputate all'anno di accadimento dell'evento, come previsto nella definizione di "evento/data evento".

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

PIANO BASE

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI) anche in Day Hospital, Day Surgery o in regime ambulatoriale

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e igiene orale
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO "ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI") 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' ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici ed endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche
- prestazioni infermieristiche, se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura

- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Retta di degenza dell'Accompagnatore



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, **documentate con fatture, notule, ricevute, ecc.** Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Trasporto di primo soccorso



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato abbia in regime di assistenza diretta speso per un intervento chirurgico ordinario 16.000 euro – per il quale la polizza prevede il massimale di 18.000 euro-, in caso di richiesta di rimborso fuori rete convenzionata per spese connesse al medesimo intervento, avrà a disposizione un massimale residuo di 2.000 euro).

- Assistenza Diretta: illimitato (sempre esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici).
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:
 - **18.000,00 euro** Interventi Chirurgici ordinari
 - **22.500,00 euro** Interventi Chirurgici complessi
 - **45.000,00 euro** Trapianti

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma effettuate da medici non convenzionati

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera il Regime di assistenza diretta.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre che compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta: scoperto del 15%

Regime rimborsuale: scoperto del 15%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: scoperto del 30%

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) compreso nell'Allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici"



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (compreso nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per ciascun giorno**

di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico di cui all'Allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici":

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 15%

Prestazione autorizzata € 14.298,00, di cui € 12.153,30 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.144,70 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 18.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 15%

Indennizzo € 12.153,30 (€ 14.298,00 - 15% scoperto, pari a € 2.144,70, a carico dell'Assicurato)

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- **Alta diagnostica radiologica** (compresi esami stratigrafici e contrastografici, "anche digitale")
 - Angiografia
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cistografia
 - Cistouretrografia
 - Clisma opaco
 - Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
 - Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Dacriocistografia/Dacriocistotac
 - Defecografia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Mielografia
 - Retinografia
 - Rx esofago con mezzo di contrasto
 - Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
 - Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
 - Scialografia
 - Splenoportografia
 - Urografia
 - Vesciculodeferentografia
 - Videoangiografia
 - Wirsunggrafia

- **Accertamenti**
 - Accertamenti endoscopici
 - Diagnostica radiologica
 - Doppler
 - Ecocardiografia
 - Ecografia
 - Elettroencefalogramma
 - Elettromiografia
 - Mammografia o Mammografia Digitale
 - PET
 - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
 - Scintigrafia
 - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)



- **Alta specializzazione aggiuntiva**
 - Amniocentesi o villocentesi
 - Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- **Terapie:**
 - chemioterapia
 - cobaltoterapia
 - dialisi
 - laserterapia a scopo fisioterapico
 - radioterapia
 - infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio
- **Ulteriori prestazioni:**
 - coronarografia
 - ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
 - campimetria Visiva
 - cisternografia
 - monitoraggio della pressione delle 24 ore (Holter pressorio)
 - ecocardiogramma
 - esame del fundus oculi
 - terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
 - trattamenti radiometabolici

Si precisa che sono comprese in garanzia:

- la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica)
- la colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

anche se eseguite in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute i soli costi dell'accertamento.

Se la prestazione di alta specializzazione, in corso di esecuzione, si trasformasse in intervento ambulatoriale (ad esempio nel caso di una non preventivata polipectomia), la prestazione non è indennizzata dalla polizza.

B.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a **55,00 euro** per accertamento o ciclo di terapia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della Angiografia € 1.250,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 1.250,00, € 875,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 375,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile € 55,00

Richiesta di rimborso per Angiografia € 1.250,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 55,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 1.195,00 a carico dell'Assicurato.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- **solo una prima visita** psichiatrica e **prima visita** psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.

B.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/persona
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 55 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della visita ortopedica euro 65,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 45,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 19,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €55,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 55,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 10,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, **esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici**.

B.3.1 MASSIMALE

20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket **con applicazione di scoperto del 30%**

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

B.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta con il Network: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro anno/nucleo familiare**
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici"

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: **scoperto 30%**

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a fattura**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket **con applicazione di scoperto del 30%**

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 133,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 57,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €36,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 36,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 154,00 a carico dell'Assicurato.

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- 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.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo RBM copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale **illimitato**

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro** a visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una.

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche €130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 58,00 a carico dell'Assicurato.

C. FISIOTERAPIA

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate **solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a **25,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 - 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di € 25,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento

- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 148,00 di cui 108,00 (€ 240,00 – 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo
- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un

servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa

- il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
- le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **25 euro** ad accesso

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino **25, 00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 143,00 (€ 240,00 - 30% - 25€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile €25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione **esclusivamente attraverso l'area riservata.**

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, l'Assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.



D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia – ad es. levigature - e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia) protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi (o 18 mesi in casi di rigenerativa tardiva) dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: **massimale 3.500,00 euro** anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con "Visita odontoiatrica e/o igiene orale"

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 – 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e seduta di igiene orale (1 volta l'anno per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: **massimale illimitato**

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo **45,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita pedodontica e ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo **45,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo **40,00 euro** anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 40,00 per singolo dente

Indennizzo € 40,00 per il 1° figlio ed € 40,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 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 entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- 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 emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala

operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato

- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: **3.500,00 euro** per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni di prevenzione (Protocolli Adulti) di seguito previste è richiesta la prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG), che per alcune prestazioni specifiche dovrà anche motivarne la relativa richiesta (ad esempio Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES previsti nel Pacchetto

Base)

Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione 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, 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 in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo nucleo familiare le prestazioni sotto elencate, **previa visita del Medico di Medicina Generale (MMG)** che deve prescrivere il presente protocollo di prevenzione.

Esami del sangue:

- 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 **solo se espressamente richieste dal MMG**

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto **solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti**

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi) solo per esigenze mediche motivate dal MMG

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno per l'Assicurato o in alternativa per un componente del nucleo familiare con eccezione dell'esame delle feci, che potrà essere effettuato una volta ogni due anni (l'Assicurato che lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).**

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online.

In caso di esito positivo, l'Assicurato potrà compilare il questionario raggiungibile accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it). Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo RBM Salute (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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 una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

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

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **25,00 euro** a pacchetto, elevato a **50,00 euro** in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della “Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)” (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro a pacchetto**

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 36,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna**

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- 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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro a pacchetto**

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate **1 volta ogni 2 anni** (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2021 potrà effettuarlo nel 2023):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA **solo se espressamente richieste dal MMG**

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro a pacchetto**, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- a. Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- b. Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- c. Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **7.000,00 euro**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

La domanda di rimborso può contenere più fatture relative allo stesso evento, che devono però essere inviate quindi in un'unica soluzione.

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **15.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)

4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **8.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo **5.000,00 euro** per evento
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo **2.500 euro** per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00 per evento

Costo dell'intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 7.000,00 di cui € 4.900,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 2.500,00

Restano a carico dell'Assicurato € 4.500,00 per superamento massimale (7.000,00 – 30%= 4.900,00; supera il massimale)

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.1 MASSIMALE

80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 80,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 80,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 320,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale.

Regime rimborsuale

Massimale € 80,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 80,00

Restano a carico dell'Assicurato € 320,00 per superamento massimale

G.3 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - TUTTE LE TECNICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

G.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di **700,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di **500,00 euro** anno/nucleo familiare

G.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti.

G.4 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 garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

La garanzia:

- è una semplice indennità ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia delle spese per le cure, l'assistenza e la promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21
- a causa della natura e dei fini dell'indennità, l'importo è esente da imposte¹².

G.5 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **350,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita.

¹² Art. 6, comma 2, del TUIR - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.6 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.1 MASSIMALE

Massimale: **100,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO OTTENUTO IL RIMBORSO DI NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un **indennizzo annuo** ai Titolari caponucleo che hanno figli disabili con invalidità riconosciuta superiore al 45%¹³

- a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai Titolari caponucleo per i figli con invalidità superiore al 45%
- **di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato 1.000,00 euro in caso di nucleo familiare monoparentale o monoreddito.**

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO A

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa. La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (ESTESE A TUTTI GLI INTERVENTI CHIRURGICI, CON ECCEZIONE DI QUELLI PREVISTI DAI § D E G) ANCHE IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici
- accertamenti diagnostici

¹³ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e igiene orale
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni
- obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)
- protesi/ausili medici ortopedici e acustici
- cure termali

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) 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 (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche
- prestazioni infermieristiche, se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)

effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) pari a € 4.000,00 per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione.

Trasporto di primo soccorso



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Limite: scoperto del 50%

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato abbia in regime di assistenza diretta speso per un intervento chirurgico ordinario 16.000 euro – per il quale la polizza prevede il massimale di 18.000 euro-, in caso di richiesta di rimborso fuori rete convenzionata per spese connesse al medesimo intervento, avrà a disposizione un massimale residuo di 2.000 euro).

- Assistenza Diretta: illimitato per tutti gli interventi chirurgici (con eccezione di quelli previsti dai § D e G). La somma massima erogabile una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) per intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza è pari a € 4.000,00 ad evento a mammella.

- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- **18.000,00 euro** Interventi Chirurgici ordinari
- **22.500,00 euro** Interventi Chirurgici complessi
- **45.000,00 euro** Trapianti
- **Interventi non compresi nell'allegato: 8.000,00 euro** per intervento.

In caso di intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza, il sub massimale una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) è di € 4.000,00 ad evento a mammella.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma effettuate da medici non convenzionati

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera l'Assistenza diretta.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre che compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Regime rimborsuale:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- rimborso dei ticket sanitari senza applicazione di scoperti/franchigie

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (**esteso a TUTTI gli interventi chirurgici**, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per**

ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 10.008,60 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 4.289,40 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 8.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Indennizzo € 8.000,00 pari all'importo massimo indennizzabile per intervento

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- tutti gli esami di alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, "anche digitale") quali per esempio: angiografia, artrografia, diagnosi radiologica ecc.
- tutti gli accertamenti di alta specializzazione quali per esempio accertamenti endoscopici e doppler, nonché amniocentesi o villocentesi o test genetici prenatali (come harmony test, prenatal safe) su DNA Fetale, in caso di patologia, ancorchè sospetta, dell'Assicurata o del feto;
- le seguenti terapie:
 - chemioterapia
 - cobaltoterapia
 - dialisi
 - laserterapia a scopo fisioterapico
 - radioterapia
 - infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio
 - terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
 - trattamenti radiometabolici.



È compresa in garanzia anche la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica), anche se eseguita in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute i soli costi dell'accertamento.

Se la prestazione di alta specializzazione, in corso di esecuzione, si trasformasse in intervento ambulatoriale (ad esempio nel caso di una non preventivata polipectomia), troveranno applicazione le condizioni previste dal paragrafo A "PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a tutti gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale".

B.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato come segue:

- o esami di alta diagnostica radiologica: fino a **75,00 euro** per accertamento
- o accertamenti alta specializzazione e terapie: fino a **55,00 euro** per accertamento o ciclo di terapia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Scoperto 30%

Costo della Angiografia € 1.250,00

Prestazione autorizzata € 1.250,00, € 875,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 375,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per esami di alta diagnostica radiologica € 75,00

Richiesta di rimborso per Angiografia € 1.250,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 1.175,00 a carico dell'Assicurato

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- **solo una prima visita** psichiatrica e **prima visita** psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.

B.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%.

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 55 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della visita ortopedica euro 65,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 65,00, (di cui € 45,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 19,50 a carico dell'Assicurato).

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita € 55,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 55,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 10,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, **esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**

B.3.1 MASSIMALE

20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket **con applicazione di scoperto del 30%**

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

B.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta con il Network: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro anno/nucleo familiare**
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici"

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a fattura**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 133,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 57,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura € 36,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 36,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 154,00 a carico dell'Assicurato

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- 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.

Si specifica che i test genetici prenatali non sono compresi nella presente garanzia, in quanto non hanno finalità di monitoraggio della gravidanza.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: non previsti
- Regime rimborsuale: non previsti
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza

applicazione di franchigie o scoperti

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: non previsti
- Regime rimborsuale: non previsti
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo RBM copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale illimitato
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale illimitato

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

- Assistenza Diretta: non previsti
- Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 36 euro a visita
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche € 130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 58,00 a carico dell'Assicurato

C. FISIOTERAPIA

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate **solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a **25,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più Franchigia €20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 – 30% - 20,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più Franchigia €20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00(€ 240,00 – 30% - 20,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO

9001/ UNI EN ISO 9001)

- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **25 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino **25,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 143,00 (€ 240,00 – 30% - 25,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsti di €25,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA



Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione **esclusivamente attraverso l'area riservata**.

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, l'Assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. **L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.** Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia – ad es. levigature – e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad. es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzioni di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia)
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: corone provvisorie e definitive). **Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.**

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi (o 18 mesi in casi di rigenerativa tardiva) dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: **massimale 3.500,00 euro** anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti



Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con "Visita odontoiatrica e igiene orale"

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 – 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e seduta di igiene orale (1 volta l'anno per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al Nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: **massimale illimitato**

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo **50,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita pedodontica e ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo **50,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo **50,00 euro** anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 50,00 per singolo dente

Indennizzo € 50,00 per il 1° figlio ed € 50,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 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 entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- 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 emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: **3.500,00 euro** per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni di prevenzione (Protocolli Adulti) di seguito previste è richiesta la prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG), che per alcune prestazioni specifiche dovrà anche motivarne la relativa richiesta (ad esempio Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES previsti nel Pacchetto Base)

Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione 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, 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 in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare le prestazioni sotto elencate, **previa visita del Medico di Medicina Generale (MMG)** che deve prescrivere il presente protocollo di prevenzione:

Esami del sangue:

- 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 **solo se espressamente richieste dal MMG**

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto **solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti**

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi) solo per esigenze mediche motivate dal MMG

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno per l'Assicurato o in alternativa per un componente del Nucleo familiare, con eccezione dell'esame delle feci, che potrà essere effettuato una volta ogni due anni (l'Assicurato che lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).**

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online.

In caso di esito positivo, l'Assicurato potrà compilare il questionario raggiungibile accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo RBM Salute (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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 una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL

- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

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

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **25,00 euro** a pacchetto, elevato a **50,00 euro** in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro a pacchetto**

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: **scoperto 20%**
- Regime rimborsuale: **scoperto 20%**

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna**

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- 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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate **1 volta ogni 2 anni** (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2021 potrà effettuarlo nel 2023):

- PSA FREE

- 2 PRO PSA **solo se espressamente richieste dal MMG**

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- a.** Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- b.** Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- c.** Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, **una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023)**, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per

rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento,...)

4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **7.000,00 euro**

- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

La domanda di rimborso può contenere più fatture relative allo stesso evento, che devono però essere inviate quindi in un'unica soluzione.

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **15.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, **una tantum** (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **8.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo

8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente

- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo **5.000,00 euro** per evento
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo **2.500 euro** per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00 per evento

Costo dell'intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 7.000,00 di cui € 4.900,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 2.500,00

Restano a carico dell'Assicurato € 4.500,00 per superamento massimale (7.000,00 – 30%= 4.900,00; supera il massimale)

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.1 MASSIMALE

80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 80,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 80,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 320,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale.

Regime rimborsuale

Massimale € 80,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 80,00

Restano a carico dell'Assicurato € 320,00 per superamento massimale

G.3 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - tutte le tecniche

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

G.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di **700,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di **500,00 euro** anno/nucleo familiare

G.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti.

G.4 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 garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato **massimo per 3 anni**, sempre che la polizza sia operativa.

La garanzia:

- è una semplice indennità ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia delle spese per le cure, l'assistenza e la promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21
- a causa della natura e dei fini dell'indennità, l'importo è esente da imposte¹⁴.

G.5 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

¹⁴ Art. 6, comma 2, del TUIR - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **350,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e riconoscendo fino a massimo 36,00 euro per visita.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: scoperto 30%

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 150,00, di cui € 105,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 45,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Scoperto 30% con il massimo indennizzabile € 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00 (€ 150,00 – scoperto 30%= € 105,00, somma eccedente il massimo indennizzabile)

G.6 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.1 MASSIMALE

Massimale: **100,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia € 100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

G.7 PRESTAZIONI PER OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE PER DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA E/O BULIMIA)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per una serie di prestazioni legate all'obesità infantile e adolescenziale:

G.7.1 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata

G.7.1.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.2 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.2.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.7.3 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- visita psichiatrica (2 visite all'anno)
- visita psicologo (2 visite all'anno).

G.7.3.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica € 150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica € 150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.4 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.4.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.8 PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per acquistare o noleggiare protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori e per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ecc.).

G.8.1 MASSIMALE

Massimale: 350,00 euro anno/nucleo familiare

G.8.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

G.8.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, **fino a massimo 100,00 euro** a protesi, ortesi, presidio e ausilio.

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 350,00

Richiesta di rimborso € 164,57

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 100,00 a protesi

Indennizzo € 100,00

G.9 CURE TERMALI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** le spese per:

Cure inalatorie (1 volta all'anno):

- inalazione
- aerosol orale o nasale
- aerosol ionico o sonico
- irrigazione nasale
- doccia nasale micronizzata
- nebulizzazione

Cure otorinolaringoiatriche (1 volta all'anno):

- insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

G.9.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: illimitato

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

G.9.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.9.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese alle strutture convenzionate con uno scoperto del 50% del costo del ciclo

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Esempi:

Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione per un ciclo di cure inalatorie € 50,00

Scoperto del 50%

Prestazione autorizzata € 50,00 di cui € 25,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 25,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Richiesta di rimborso per cure inalatorie € 50,00

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 35,00 per ciclo

Indennizzo € 35,00

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO OTTENUTO IL RIMBORSO DI NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un **indennizzo annuo** ai Titolari caponucleo che hanno figli disabili con invalidità riconosciuta superiore al 45%¹⁵

- a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai Titolari caponucleo per i figli con invalidità superiore al 45%
- **di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato 1.000,00 euro in caso di Nucleo familiare monoparentale o monoreddito.**

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

¹⁵ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO B

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa. La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi onnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (ESTESE A TUTTI GLI INTERVENTI CHIRURGICI, CON ECCEZIONE DI QUELLI PREVISTI DAI § D E G) ANCHE IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e igiene orale
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni
- obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)
- protesi/ausili medici ortopedici e acustici
- cure termali

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) 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 (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche
 - prestazioni infermieristiche, se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura
 - prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) pari a € 4.000,00 per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione.

Retta di degenza dell'Accompagnatore



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, **documentate con fatture, notule, ricevute, ecc.** Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)

Limite: scoperto del 50%

Trasporto di primo soccorso



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Limite: scoperto del 30%

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato abbia in regime di assistenza diretta speso per un intervento chirurgico ordinario 16.000 euro – per il quale la polizza prevede il massimale di 18.000 euro-, in caso di richiesta di rimborso fuori rete convenzionata per spese connesse al medesimo intervento, avrà a disposizione un massimale residuo di 2.000 euro).

- Assistenza Diretta: illimitato per tutti gli interventi chirurgici (con eccezione di quelli previsti dai § D e G). La somma massima erogabile una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) per intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza è pari a € 4.000,00 ad evento a mammella.

- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- **18.000,00 euro** Interventi Chirurgici ordinari
- **22.500,00 euro** Interventi Chirurgici complessi
- **45.000,00 euro** Trapianti
- **Interventi non compresi nell'allegato: 8.000,00 euro** per intervento.

In caso di intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza, il sub massimale una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) è di € 4.000,00 ad evento a mammella.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma effettuate da medici non convenzionati

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera in Assistenza diretta.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre che compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Regime rimborsuale:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- rimborso dei ticket sanitari senza applicazione di scoperti/franchigie

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (**esteso a TUTTI gli interventi chirurgici**, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 10.008,60 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 4.289,40 a carico dell'Assicurato)

Regime rimborsuale

Massimale € 8.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Indennizzo € 8.000,00 pari all'importo massimo indennizzabile per intervento

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- tutti gli esami di alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, "anche digitale") quali per esempio: angiografia, artrografia, diagnosi radiologica ecc.
- tutti gli accertamenti di alta specializzazione quali per esempio accertamenti endoscopici e doppler, nonché amniocentesi o villocentesi o test genetici prenatali (come harmony test, prenatal safe) su DNA Fetale, in caso di patologia, ancorchè sospetta, dell'Assicurata o del feto;
- le seguenti terapie:
 - chemioterapia
 - cobaltoterapia
 - dialisi



- laserterapia a scopo fisioterapico
- radioterapia
- infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio
- terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
- trattamenti radiometabolici

È compresa in garanzia anche la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica), anche se eseguita in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute i soli costi dell'accertamento.

Se la prestazione di alta specializzazione, in corso di esecuzione, si trasformasse in intervento ambulatoriale (ad esempio nel caso di una non preventivata polipectomia), troveranno applicazione le condizioni previste dal paragrafo A "PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a tutti gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale".

B.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato come segue:

- o esami di alta diagnostica radiologica: fino a **75,00 euro** per accertamento
- o accertamenti alta specializzazione e terapie: fino a **55,00 euro** per accertamento o ciclo di terapia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket **con applicazione di scoperto del 30%**

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della Angiografia € 1.250,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 1.250,00 (€ 875,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 375,00 a carico dell'Assicurato)

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per esami di alta diagnostica radiologica € 75,00

Richiesta di rimborso per Angiografia € 1.250,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 1.175,00 a carico dell'Assicurato.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- **solo una prima visita** psichiatrica e **prima visita** psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.

B.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%.

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 55 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della visita ortopedica € 65,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 65,00, € 45,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 19,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita € 55,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 55,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 10,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

B.3.1 MASSIMALE

20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

B.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta con il Network: massima **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro anno/nucleo familiare**
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici"

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a fattura**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 133,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 57,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura € 36,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 36,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 154,00 a carico dell'Assicurato

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- 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.

Si specifica che i test genetici prenatali non sono compresi nella presente garanzia, in quanto non hanno finalità di monitoraggio della gravidanza.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo RBM copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale **illimitato**

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche € 130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 58,00 a carico dell'Assicurato.

C. FISIOTERAPIA

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate **solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista



diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in Assistenza Diretta domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a **36,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia €20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 148,00 (€ 240,00 - 30% - 20,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 36,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 108,00, pari al massimo previsto di €36,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapeuti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 148,00 (€ 240,00 - 30% - 20,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 - 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: **scoperto 30%**

Assistenza Diretta domiciliare: **scoperto 30% più franchigia di 25 euro ad accesso.**

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino **36,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 143,00 (€ 240,00 – 30% - 25,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 36,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 108,00, pari al massimo previsto di €36,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA



Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, l'Assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione. Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia) – ad es. levigature – e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad. es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia);
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi (o 18 mesi in casi di rigenerativa tardiva) dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: **massimale 3.500,00 euro** anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con "Visita odontoiatrica e igiene orale"

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 - 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e seduta di igiene orale (1 volta l'anno per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al Nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: **massimale illimitato**

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo **55,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita pedodontica e ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo **55,00 euro** anno/nucleo familiare

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo **50,00 euro** anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 50,00 per singolo dente
Indennizzo € 50,00 per il 1° figlio ed € 50,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 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 entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari

- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- 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 emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: **3.500,00 euro** per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni di prevenzione (Protocolli Adulti) di seguito previste è richiesta la prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG), che per alcune prestazioni specifiche dovrà anche motivarne la relativa richiesta (ad esempio Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES previsti nel Pacchetto

Base)

Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione 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, 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 in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate per ciascun pacchetto che prevede tale modalità di erogazione, gli importi fissati rappresentano un importo massimo erogabile agli adulti assicurati, quindi il massimale previsto per il fuori rete rappresenta la quota massima che un nucleo potrà ricevere per un determinato protocollo sanitario in un'annualità assicurativa.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare le prestazioni sotto elencate, **previa visita del Medico di Medicina Generale (MMG)** che deve prescrivere il presente protocollo di prevenzione:

Esami del sangue:

- 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 **solo se espressamente richieste dal MMG**

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto **solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti**

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi) solo per esigenze mediche motivate dal MMG

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno per l'Assicurato o in alternativa per un componente del Nucleo familiare, con eccezione dell'esame delle feci, che potrà essere effettuato una volta ogni due anni (l'Assicurato che lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).**

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online.

In caso di esito positivo, l'Assicurato potrà compilare il questionario raggiungibile accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in

merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo RBM Salute (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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 una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

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

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **25,00 euro** a pacchetto, elevato a **50,00 euro** in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della **“Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)”** (prevista per Donne oltre i 30 anni) **che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).**

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- 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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2021 potrà effettuarlo nel 2023):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA **solo se espressamente richieste dal MMG**

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.4.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento,...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **7.000,00 euro**

- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

La domanda di rimborso può contenere più fatture relative allo stesso evento, che devono però essere inviate quindi in un'unica soluzione.

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)

4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **15.000,00 euro**.

- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **8.000,00 euro.**

- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele

- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo **5.000,00 euro** per evento
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo **2.500 euro** per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00 per evento

Costo dell'intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 7.000,00 di cui € 4.900,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 2.500,00

Restano a carico dell'Assicurato € 4.500,00 per superamento massimale (7.000,00 – 30%= 4.900,00; supera il massimale)

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.1 MASSIMALE

80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 80,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 80,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 320,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale.

Regime rimborsuale

Massimale € 80,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 80,00

Restano a carico dell'Assicurato € 320,00 per superamento massimale

G.3 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - tutte le tecniche

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

G.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di **700,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di **500,00 euro** anno/nucleo familiare

G.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti.

G.4 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 garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

La garanzia:

- è una semplice indennità ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia delle spese per le cure, l'assistenza e la promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21
- a causa della natura e dei fini dell'indennità, l'importo è esente da imposte¹⁶.

G.5 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **350,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica € 150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

¹⁶ Art. 6, comma 2, del TUIR - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

G.6 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.1 MASSIMALE

Massimale: **100,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

G.7 PRESTAZIONI PER OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE PER DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA E/O BULIMIA)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per una serie di prestazioni legate all'obesità infantile e adolescenziale:

G.7.1 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata

G.7.1.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.2 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.2.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.7.3 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- visita psichiatrica (2 visite all'anno)
- visita psicologo (2 visite all'anno)

G.7.3.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica € 150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile € 36,00 per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.4 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.4.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile € 36,00 per fattura

Indennizzo € 36,00

G.8 PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per acquistare o noleggiare protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori e per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ecc.).

G.8.1 MASSIMALE

Massimale: 550,00 euro anno/nucleo familiare

G.8.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

G.8.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, **fino a massimo 100,00 euro** a protesi, ortesi, presidio e ausilio.

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 550,00

Richiesta di rimborso € 164,57

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 100,00 a protesi

Indennizzo € 100,00

G.9 CURE TERMALI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** le spese per:

Cure inalatorie (1 volta all'anno):

- inalazione

- aerosol orale o nasale
- aerosol ionico o sonico
- irrigazione nasale
- doccia nasale micronizzata
- nebulizzazione

Cure otorinolaringoiatriche (1 volta all'anno):

- insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

G.9.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: illimitato

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

G.9.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.9.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese alle strutture convenzionate con uno scoperto del 50% del costo del ciclo

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Esempi:

Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione per un ciclo di cure inalatorie € 50,00

Scoperto del 50%

Prestazione autorizzata € 50,00 di cui € 25,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 25,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Richiesta di rimborso per cure inalatorie € 50,00

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 35,00 per ciclo

Indennizzo € 35,00

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO OTTENUTO IL RIMBORSO DI NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa)

successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un **indennizzo annuo** ai Titolari caponucleo che hanno figli disabili con invalidità riconosciuta superiore al 45%¹⁷

- a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai Titolari caponucleo per i figli con invalidità superiore al 45%
- **di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato 1.000,00 euro in caso di Nucleo familiare monoparentale o monoreddito.**

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

¹⁷ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO C

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa. La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi onnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (ESTESE A TUTTI GLI INTERVENTI CHIRURGICI, CON ECCEZIONE DI QUELLI PREVISTI DAI § D E G) ANCHE IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e igiene orale
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni
- obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)
- protesi/ausili medici ortopedici e acustici
- cure termali

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) 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 (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche

- prestazioni infermieristiche, se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) pari a € 4.000,00 per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione.

Retta di degenza dell'Accompagnatore



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, **documentate con fatture, notule, ricevute, ecc.** Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)

Limite: scoperto del 30%

Trasporto di primo soccorso



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Limite: scoperto del 30%

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato abbia in regime di assistenza diretta speso per un intervento chirurgico ordinario 16.000 euro – per il quale la polizza prevede il massimale di 18.000 euro-, in caso di richiesta di rimborso fuori rete convenzionata per spese connesse al medesimo intervento, avrà a disposizione un massimale residuo di 2.000 euro).

- Assistenza Diretta: illimitato per tutti gli interventi chirurgici (con eccezione di quelli

previsti dai § D e G). La somma massima erogabile una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) per intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza è pari a € 4.000,00 ad evento a mammella.

- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- **18.000,00 euro** Interventi Chirurgici ordinari
- **22.500,00 euro** Interventi Chirurgici complessi
- **45.000,00 euro** Trapianti
- **Interventi non compresi nell'allegato: 8.000,00 euro** per intervento.

In caso di intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza, il sub massimale una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) è di € 4.000,00 ad evento a mammella.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma effettuate da medici non convenzionati

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera l'Assistenza diretta.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre che compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Regime rimborsuale:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- rimborso dei ticket sanitari senza applicazione di scoperti/franchigie

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (**esteso a TUTTI gli interventi chirurgici**, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 10.008,60 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 4.289,40 a carico dell'Assicurato)

Regime rimborsuale

Massimale € 8.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Indennizzo € 8.000,00 pari all'importo massimo indennizzabile per intervento

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- tutti gli esami di alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, "anche digitale") quali per esempio: angiografia, artrografia, diagnosi radiologica ecc.
- tutti gli accertamenti di alta specializzazione quali per esempio accertamenti endoscopici e doppler, nonché amniocentesi o villocentesi o test genetici prenatali (come harmony test, prenatal safe) su DNA Fetale, in caso di patologia, ancorchè sospetta, dell'Assicurata o del feto;
- le seguenti terapie:
 - chemioterapia
 - cobaltoterapia



- dialisi
- laserterapia a scopo fisioterapico
- radioterapia
- infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio
- terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
- trattamenti radiometabolici.

È compresa in garanzia anche la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica), anche se eseguita in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute i soli costi dell'accertamento.

Se la prestazione di alta specializzazione, in corso di esecuzione, si trasformasse in intervento ambulatoriale (ad esempio nel caso di una non preventivata polipectomia), troveranno applicazione le condizioni previste dal paragrafo A "PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a tutti gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale".

B.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato come segue:

- o esami di alta diagnostica radiologica: fino a **75,00 euro** per accertamento
- o accertamenti alta specializzazione e terapie: fino a **55,00 euro** per accertamento o ciclo di terapia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della Angiografia € 1.250,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 1.250,00, € 875,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 375,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per esami di alta diagnostica radiologica € 75,00

Richiesta di rimborso per Angiografia € 1.250,00
Nessuno scoperto/franchigia
Rimborso € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 1.175,00 a carico dell'Assicurato

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- **solo una prima visita** psichiatrica e **prima visita** psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.

B.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%.

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 55 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della visita ortopedica € 65,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 65,00, € 45,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 19,50 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €55,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 55,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 10,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

B.3.1 MASSIMALE

20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

B.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta con il Network: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro anno/nucleo familiare**
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici"

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a fattura**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 133,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 57,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura € 36,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 36,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 154,00 a carico dell'Assicurato

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- 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.

Si specifica che i test genetici prenatali non sono compresi nella presente garanzia, in quanto non hanno finalità di monitoraggio della gravidanza.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo RBM copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale **illimitato**

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche € 130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 58,00 a carico dell'Assicurato.

C. FISIOTERAPIA

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate **solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massima **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica

- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a **36,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia €20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui €148,00 (€ 240,00 – 30% - 20,00) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile €36,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 108,00, pari al massimo previsto di €36,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)

- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in Assistenza Diretta domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00
 Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso
 Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 148,00 (€ 240,00 – 30% - € 20,00) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale
 Massimale € 250,00
 Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00
 Scoperto 30%
 Indennizzo € 148,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e a essa correlati.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
 In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **25 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino **36,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 143,00 (€ 240,00 - 30% - € 25,00) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 36,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 108,00, pari al massimo previsto di € 36,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione **esclusivamente attraverso l'area riservata.**



Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, l'Assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia – ad es. levigature – e diagnostica dentale – ad es. ortopanoramica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad. es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);

- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia);
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi (o 18 mesi in casi di rigenerativa tardiva) dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: **massimale 3.500,00 euro** anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 - 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e seduta di igiene orale (1 volta l'anno per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al Nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: **massimale illimitato**

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo **70,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita pedodontica e ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo **100,00 euro** anno/nucleo familiare

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo **50,00 euro** anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 50,00 per singolo dente

Indennizzo € 50,00 per il 1° figlio ed € 50,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 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 entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi

in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- 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 emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero

- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: **3.500,00 euro** per anno/nucleo familiare

D.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni di prevenzione (Protocolli Adulti) di seguito previste è richiesta la prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG), che per alcune prestazioni specifiche dovrà anche motivarne la relativa richiesta (ad esempio Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES previsti nel Pacchetto

Base)

Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione 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, 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 in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare le prestazioni sotto elencate, **previa visita del Medico di Medicina Generale (MMG)** che deve prescrivere il presente protocollo di prevenzione:

Esami del sangue:

- 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 **solo se espressamente richieste dal MMG**

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto **solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti**

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi) solo per esigenze mediche motivate dal MMG

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno per l'Assicurato o in alternativa per un componente del Nucleo familiare a nucleo familiare, con eccezione dell'esame delle feci, che potrà essere effettuato una volta ogni due anni (l'Assicurato che lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).**

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online.

In caso di esito positivo, l'Assicurato potrà compilare il questionario raggiungibile accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo RBM Salute (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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 una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

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

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate del Network.

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **25,00 euro** a pacchetto, elevato a **50,00 euro** in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della “Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)” (prevista per Donne oltre i 30 anni) **che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).**

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **80,00 euro** a pacchetto

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro a pacchetto**, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- 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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**

- ecografia prostatica (Ecografia transrettale) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **80,00 euro** a pacchetto

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate **1 volta ogni 2 anni** (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2021 potrà effettuarlo nel 2023):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA **solo se espressamente richieste dal MMG**

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

a. Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%

- b.** Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- c.** Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento,...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **7.000,00 euro**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

La domanda di rimborso può contenere più fatture relative allo stesso evento, che devono però essere inviate quindi in un'unica soluzione.

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione

9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **15.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **8.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto

- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo **5.000,00 euro** per evento
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo **2.500 euro** per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00 per evento

Costo dell'intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 7.000,00 di cui € 4.900,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 2.500,00

Restano a carico dell'Assicurato € 4.500,00 per superamento massimale ($7.000,00 - 30\% = 4.900,00$; supera il massimale)

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.1 MASSIMALE

80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 80,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 80,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 320,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale.

Regime rimborsuale

Massimale € 80,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 80,00

Restano a carico dell'Assicurato € 320,00 per superamento massimale

G.3 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - tutte le tecniche

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

G.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di **700,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di **500,00 euro** anno/nucleo familiare

G.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

G.4 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 garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

La garanzia:

- è una semplice indennità ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia delle spese per le cure, l'assistenza e la promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21
- a causa della natura e dei fini dell'indennità, l'importo è esente da imposte¹⁸.

G.5 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **350,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

¹⁸ Art. 6, comma 2, del TUIR - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.6 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.1 MASSIMALE

Massimale: **100,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

G.7 PRESTAZIONI PER OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE PER DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA E/O BULIMIA)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per una serie di prestazioni legate all'obesità infantile e adolescenziale:

G.7.1 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata

G.7.1.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.2 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT

- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.2.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura

G.7.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.7.3 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- visita psichiatrica (2 visite all'anno)
- visita psicologo (2 visite all'anno).

G.7.3.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.4 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.4.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.8 PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per acquistare o noleggiare protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori e per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ecc.).

G.8.1 MASSIMALE

Massimale: 550,00 euro anno/nucleo familiare

G.8.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

G.8.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 100,00 euro** a protesi, ortesi, presidio e ausilio.

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 550,00

Richiesta di rimborso € 164,57

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 100,00 a protesi

Indennizzo € 100,00

G.9 CURE TERMALI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** le spese per:

Cure inalatorie (1 volta all'anno):

- inalazione
- aerosol orale o nasale
- aerosol ionico o sonico
- irrigazione nasale
- doccia nasale micronizzata
- nebulizzazione

Cure otorinolaringoiatriche (1 volta all'anno):

- insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

G.9.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: illimitato

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

G.9.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.9.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese alle strutture convenzionate con uno scoperto del 50% del costo del ciclo

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Esempi:

Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione per un ciclo di cure inalatorie € 50,00

Scoperto del 50%

Prestazione autorizzata € 50,00 di cui € 25,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 25,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Richiesta di rimborso per cure inalatorie € 50,00

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 35,00 per ciclo

Indennizzo € 35,00

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO OTTENUTO IL RIMBORSO DI NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un **indennizzo annuo** ai Titolari caponucleo che hanno figli disabili con invalidità riconosciuta superiore al 45%¹⁹

- a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai Titolari caponucleo per i figli con invalidità superiore al 45%
- **di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito.**

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

¹⁹ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO D

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa. La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (ESTESE A TUTTI GLI INTERVENTI CHIRURGICI, CON ECCEZIONE DI QUELLI PREVISTI DAI § D E G) ANCHE IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico
- diaria da gesso

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e igiene orale
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni
- obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)
- protesi/ausili medici ortopedici e acustici
- cure termali

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) 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 (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche

- prestazioni infermieristiche, se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) pari a € 4.000,00 per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione.

Retta di degenza dell'Accompagnatore



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, **documentate con fatture, notule, ricevute, ecc.** Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Limite: scoperto del 30%

Trasporto di primo soccorso



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Limite: scoperto del 15%

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato abbia in regime di assistenza diretta speso per un intervento chirurgico ordinario 16.000 euro – per il quale la polizza prevede il massimale di 18.000 euro-, in caso di richiesta di rimborso fuori rete convenzionata per spese connesse al medesimo intervento, avrà a disposizione un massimale residuo di 2.000 euro).

- Assistenza Diretta: illimitato per tutti gli interventi chirurgici (con eccezione di quelli previsti dai § D e G). La somma massima erogabile una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) per intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza è pari a € 4.000,00 ad evento a mammella.

- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- **18.000,00 euro** Interventi Chirurgici ordinari
- **22.500,00 euro** Interventi Chirurgici complessi
- **45.000,00 euro** Trapianti
- **Interventi non compresi nell'allegato: 8.000,00 euro** per intervento.

In caso di intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza, il sub massimale una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) è di € 4.000,00 ad evento a mammella.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma effettuate da medici non convenzionati

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera l'Assistenza diretta.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre che compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Regime rimborsuale:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- rimborso dei ticket sanitari senza applicazione di scoperti/franchigie

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (**esteso a TUTTI gli interventi chirurgici**, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per**

ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

A.3 DIARIA DA GESSO

In caso di applicazione di gessatura o tutore immobilizzante sostitutivo della stessa e con le medesime finalità terapeutiche, Intesa Sanpaolo RBM Salute paga una diaria da gesso:

- di **25,00 euro** al giorno per ogni giorno di applicazione
- per massimo **60** giorni per anno assicurativo.

L'applicazione e la rimozione di gessatura o tutore immobilizzante devono essere effettuate da personale medico, che ne certifica l'avvenuta esecuzione.

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 10.008,60 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 4.289,40 a carico dell'Assicurato)

Regime rimborsuale

Massimale € 8.000,00

Richiesta di rimborso per interventi di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Indennizzo € € 8.000,00 pari all'importo massimo indennizzabile per intervento

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- tutti gli esami di alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, "anche digitale") quali per esempio: angiografia, artrografia, diagnosi radiologica ecc.
- tutti gli accertamenti di alta specializzazione quali per esempio accertamenti endoscopici e doppler, nonché amniocentesi o villocentesi o test genetici prenatali (come harmony test, prenatal safe) su DNA Fetale, in caso di patologia, ancorchè sospetta, dell'Assicurata o del feto
- le seguenti terapie:
 - chemioterapia
 - cobaltoterapia
 - dialisi
 - laserterapia a scopo fisioterapico
 - radioterapia
 - infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio
 - terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
 - trattamenti radiometabolici.



È compresa in garanzia anche la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica), anche se eseguita in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute i soli costi dell'accertamento.

Se la prestazione di alta specializzazione, in corso di esecuzione, si trasformasse in intervento ambulatoriale (ad esempio nel caso di una non preventivata polipectomia), troveranno applicazione le condizioni previste dal paragrafo A "PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a tutti gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale".

B.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato come segue:

- o esami di alta diagnostica radiologica: fino a **75,00 euro** per accertamento
- o accertamenti alta specializzazione e terapie: fino a **55,00 euro** per accertamento o ciclo di terapia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della Angiografia € 1.250,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 1.250,00, € 875,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 375,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per esami di alta diagnostica radiologica € 75,00

Richiesta di rimborso per Angiografia € 1.250,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 1.175,00 a carico dell'Assicurato

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- **solo una prima visita** psichiatrica e **prima visita** psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.

B.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%.

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 55 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della visita ortopedica euro 65,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 65,00, € 45,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 19,50 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €55,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00
Nessuno scoperto/franchigia
Rimborso € 55,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 10,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

B.3.1 MASSIMALE

20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

B.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta con il Network: massima **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro anno/nucleo familiare**
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici"

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a fattura**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 133,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 57,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura € 36,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 36,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 154,00 a carico dell'Assicurato.

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- 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.

Si specifica che i test genetici prenatali non sono compresi nella presente garanzia, in quanto non hanno finalità di monitoraggio della gravidanza.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo RBM copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale **illimitato**

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro** a visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita € 36,00
Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche €130,00 (€ 65,00 l'una)
Nessuno scoperto/franchigia
Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 58,00 a carico dell'Assicurato

C. FISIOTERAPIA

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate **solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature

elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.

- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in Assistenza Diretta domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a **36,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in un unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia €20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 - 30% - 20,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 36,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 108,00, pari al massimo previsto di €36,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in Assistenza Diretta domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia €20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 – 30% - 20,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%,

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
- il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale

- le prestazioni erogate in Assistenza Diretta domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **25 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino **36,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia €25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui €143,00 (€ 240,00 – 30% - 25,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile €36,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 108,00, pari al massimo previsti di €36,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione **esclusivamente attraverso l'area riservata.**



Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, l'Assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione. Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia – ad es. levigature – e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad. es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia);
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi (o 18 mesi in casi di rigenerativa tardiva) dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: **massimale 3.500 euro** anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 – 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e seduta di igiene orale (1 volta l'anno per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al Nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: **massimale illimitato**

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo **75,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita pedodontica e ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo **120,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo **60,00 euro** anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 60,00 per singolo dente

Indennizzo € 60,00 per il 1° figlio ed € 60,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 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 entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- 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 emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala

operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato

- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: **3.500,00 euro** per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempio:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni di prevenzione (Protocolli Adulti) di seguito previste è richiesta la prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG), che per alcune prestazioni specifiche dovrà anche motivarne la relativa richiesta (ad esempio Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES previsti nel Pacchetto

Base)

Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione 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, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, a effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare le prestazioni sotto elencate, **previa visita del Medico di Medicina Generale (MMG)** che deve prescrivere il presente protocollo di prevenzione :

Esami del sangue:

- 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 **solo se espressamente richieste dal MMG**

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto **solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti**

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi) solo per esigenze mediche motivate dal MMG

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno per l'Assicurato o in alternativa per un componente del Nucleo familiare , con eccezione dell'esame delle feci, che potrà essere effettuato una volta ogni due anni (l'Assicurato che lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).**

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: **scoperto 20%**
- Regime rimborsuale: **scoperto 20%**

E.1.2 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online.

In caso di esito positivo, l'Assicurato potrà compilare il questionario raggiungibile accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo RBM Salute (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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 una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

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

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate del Network.

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **25,00 euro** a pacchetto, elevato a **50,00 euro** in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della “Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)” (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

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 solo se espressamente richiesta dal MMG

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro a pacchetto**

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

- Assistenza Diretta: **scoperto 20%**
- Regime rimborsuale: **scoperto 20%**

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale **1 volta ogni 2 anni** (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna**

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: **scoperto 20%**
- Regime rimborsuale: **scoperto 20%**

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA – una volta ogni 2 anni

- 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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate **1 volta ogni 2 anni** (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2021 potrà effettuarlo nel 2023):

- PSA FREE
- **2 PRO PSA solo se espressamente richieste dal MMG**

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- a. Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- b. Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- c. Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento,...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **7.000,00 euro**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il

massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

La domanda di rimborso può contenere più fatture relative allo stesso evento, che devono però essere inviate quindi in un'unica soluzione.

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **10.000,00 euro.**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)

5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **15.000,00 euro.**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **8.000,00 euro**.

- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale **10.000,00 euro**.

- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo **5.000,00 euro** per evento
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo **2.500 euro** per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie

convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00 per evento

Costo dell'intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 7.000,00 di cui € 4.900,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 2.500,00

Restano a carico dell'Assicurato € 4.500,00 per superamento massimale (7.000,00 – 30%= 4.900,00; supera il massimale)

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.1 MASSIMALE

80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 80,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 80,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 320,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale.

Regime rimborsuale

Massimale € 80,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 80,00

Restano a carico dell'Assicurato € 320,00 per superamento massimale

G.3 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - tutte le tecniche

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

G.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di **700,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di **500,00 euro** anno/nucleo familiare

G.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti.

G.4 TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DEL TITOLAREASSICURATO)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

La garanzia:

- è una semplice indennità ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia delle spese per le cure, l'assistenza e la promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21
- a causa della natura e dei fini dell'indennità, l'importo è esente da imposte²⁰.

G.5 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **350,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

²⁰ Art. 6, comma 2, del TUIR - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.6 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.1 MASSIMALE

Massimale: **100,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia € 100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€20,00 x 2)

G.7 PRESTAZIONI PER OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE PER DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA E/O BULIMIA)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per una serie di prestazioni legate all'obesità infantile e adolescenziale:

G.7.1 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata

G.7.1.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.2 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea

- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.2.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.7.3 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- visita psichiatrica (2 visite all'anno)
- visita psicologo (2 visite all'anno).

G.7.3.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.4 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.4.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.8 PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per acquistare o noleggiare protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori e per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ecc.).

G.8.1 MASSIMALE

Massimale: 550,00 euro anno/nucleo familiare

G.8.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

G.8.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 100,00 euro** a protesi, ortesi, presidio e ausilio.

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 550,00

Richiesta di rimborso € 164,57

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 100,00 a protesi

Indennizzo € 100,00

G.9 CURE TERMALI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** le spese per:

Cure inalatorie (1 volta all'anno):

- inalazione

- aerosol orale o nasale
- aerosol ionico o sonico
- irrigazione nasale
- doccia nasale micronizzata
- nebulizzazione

Cure otorinolaringoiatriche (1 volta all'anno):

- insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

G.9.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: illimitato

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

G.9.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.9.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese alle strutture convenzionate con uno scoperto del 50% del costo del ciclo

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Esempi:

Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione per un ciclo di cure inalatorie € 50,00

Scoperto del 50%

Prestazione autorizzata € 50,00 di cui € 25,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 25,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Richiesta di rimborso per cure inalatorie € 50,00

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 35,00 per ciclo

Indennizzo € 35,00

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO OTTENUTO IL RIMBORSO DI NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un **indennizzo annuo** ai Titolari caponucleo che hanno figli disabili con invalidità riconosciuta superiore al 45%²¹

- a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai Titolari caponucleo per i figli con invalidità superiore al 45%
- **di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito.**

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO E

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa. La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (ESTESE A TUTTI GLI INTERVENTI CHIRURGICI, CON ECCEZIONE DI QUELLI PREVISTI DAI § D E G) ANCHE IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico
- diaria da gesso

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici
- accertamenti diagnostici

²¹ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e igiene orale
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni
- obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)
- protesi/ausili medici ortopedici e acustici
- cure termali

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) 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 (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche
- prestazioni infermieristiche, se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)

effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) pari a € 4.000,00 per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione.

Retta di degenza dell'Accompagnatore



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, **documentate con fatture, notule, ricevute, ecc.** Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Limite: scoperto del 15%

Trasporto di primo soccorso



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Limite: scoperto del 15%

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato abbia in regime di assistenza diretta speso per un intervento chirurgico ordinario 16.000 euro – per il quale la polizza prevede il massimale di 18.000 euro-, in caso di richiesta di rimborso fuori rete convenzionata per spese connesse al medesimo intervento, avrà a disposizione un massimale residuo di 2.000 euro).

- Assistenza Diretta: illimitato per tutti gli interventi chirurgici (con eccezione di quelli previsti dai § D e G). La somma massima erogabile una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) per intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza è pari a € 4.000,00 ad evento a mammella.

- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- **18.000,00 euro** Interventi Chirurgici ordinari
- **22.500,00 euro** Interventi Chirurgici complessi
- **45.000,00 euro** Trapianti
- **Interventi non compresi nell'allegato: 8.000,00 euro** per intervento.

In caso di intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza, il sub massimale una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) è di € 4.000,00 ad evento a mammella.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma effettuate da medici non convenzionati

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera l'Assistenza diretta.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre che compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Regime rimborsuale:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- rimborso dei ticket sanitari senza applicazione di scoperti/franchigie

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (**esteso a TUTTI gli interventi chirurgici**, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

A.3 DIARIA DA GESSO

In caso di applicazione di gessatura o tutore immobilizzante sostitutivo della stessa e con le medesime finalità terapeutiche, Intesa Sanpaolo RBM Salute paga una diaria da gesso:

- di **25,00 euro** al giorno per ogni giorno di applicazione
- per massimo **60** giorni per anno assicurativo.

L'applicazione e la rimozione di gessatura o tutore immobilizzante devono essere effettuate da personale medico, che ne certifica l'avvenuta esecuzione.

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 10.008,60 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 4.289,40 a carico dell'Assicurato)

Regime rimborsuale

Massimale € 8.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Indennizzo € 8.000,00 pari all'importo massimo indennizzabile per intervento

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- tutti gli esami di alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, "anche digitale") quali per esempio: angiografia, artrografia, diagnosi radiologica ecc.
- tutti gli accertamenti di alta specializzazione quali per esempio accertamenti endoscopici e doppler, nonché amniocentesi o villocentesi o test genetici prenatali (come harmony test, prenatal safe) su DNA Fetale, in caso di patologia, ancorchè sospetta, dell'Assicurata o del feto;
- le seguenti terapie:
 - chemioterapia
 - cobaltoterapia
 - dialisi
 - laserterapia a scopo fisioterapico
 - radioterapia
 - infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio
 - terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
 - trattamenti radiometabolici.



È compresa in garanzia anche la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica), anche se eseguita in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute i soli costi dell'accertamento.

Se la prestazione di alta specializzazione, in corso di esecuzione, si trasformasse in intervento

ambulatoriale (ad esempio nel caso di una non preventivata polipectomia), troveranno applicazione le condizioni previste dal paragrafo A "PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a tutti gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale".

B.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato come segue:

- o esami di alta diagnostica radiologica: fino a 75,00 euro per accertamento
- o accertamenti alta specializzazione e terapie: fino a 55,00 euro per accertamento o ciclo di terapia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della Angiografia € 1.250,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 1.250,00, € 875,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 375,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per esami di alta diagnostica radiologica € 75,00

Richiesta di rimborso per Angiografia € 1.250,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 1.175,00 a carico dell'Assicurato

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- **solo una prima visita** psichiatrica e **prima visita** psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.

B.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**

- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
- condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 55 euro a visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della visita ortopedica euro 65,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 65,00, € 45,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 19,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €55,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 55,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 10,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

B.3.1 MASSIMALE

20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

B.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta con il Network: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro anno/nucleo familiare**
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici"

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a **36 euro a fattura**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del **30%**

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto del 30%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 133,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 57,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €36,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 36,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 154,00 a carico dell'Assicurato

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- 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.

Si specifica che i test genetici prenatali non sono compresi nella presente garanzia, in quanto non hanno finalità di monitoraggio della gravidanza.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo RBM copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale **illimitato**

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche € 130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 58,00 a carico dell'Assicurato

C. FISIOTERAPIA

Le prestazioni previste dal presente paragrafo **devono essere effettuate solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
- il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
- le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: **scoperto 30%**

Assistenza Diretta domiciliare: **scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.**

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a **36,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta
 Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia €20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui €148,00 (€ 240,00 - 30% - 20,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile €36,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 108,00, pari al massimo previsto di €36,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura

convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapeuti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia €20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 148,00 (€ 240,00 - 30% - € 20,00) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €60,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 - 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massima **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in Assistenza Diretta domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **25 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino **36,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più Franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 143,00 (€ 240,00 - 30% - 25,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 36,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 108,00, pari al massimo previsti di € 36,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione **esclusivamente attraverso l'area riservata**.



Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, l'Assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione. Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- cure odontoiatriche (parodontologia – ad es. levigature – e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad. es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad. es. endodonzia, pulpotomia);
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi (o 18 mesi in casi di rigenerativa tardiva) dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: **massimale 3.500,00 euro** anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 – 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e seduta di igiene orale (1 volta l'anno per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al Nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: **massimale illimitato**

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo **80,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita pedodontica e ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo **150,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo **80,00 euro** anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 80,00 per singolo dente

Indennizzo € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- osteiti mascellari che coinvolgono 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 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 entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia

- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperstosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- 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 emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: **3.500,00 euro** per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni di prevenzione (Protocolli Adulti) di seguito previste è richiesta la prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG), che per alcune prestazioni specifiche dovrà anche motivarne la relativa richiesta (ad esempio Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES previsti nel Pacchetto Base)

Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione 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, 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 in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare le prestazioni sotto elencate, **previa visita del Medico di Medicina Generale (MMG)** che deve prescrivere il presente protocollo di prevenzione:

Esami del sangue:

- 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 **solo se espressamente richieste dal MMG**

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto **solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti**

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi) solo per esigenze mediche motivate dal MMG

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno per l'Assicurato o in alternativa per un componente del Nucleo familiare a nucleo familiare, con eccezione dell'esame delle feci, che potrà essere effettuato una volta ogni due anni (l'Assicurato che lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).**

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online.

In caso di esito positivo, l'Assicurato potrà compilare il questionario raggiungibile accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo RBM Salute (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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 una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

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

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **25,00 euro** a pacchetto, elevato a **50,00 euro** in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può

essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della “Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)” (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **80,00 euro** a pacchetto

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni (chi l'avesse eseguita nel

2021 potrà effettuarla nel 2023), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- 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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2021 potrà effettuarlo nel 2023):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA **solo se espressamente richieste dal MMG**

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, **una tantum** (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento,...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **7.000,00 euro**

- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

La domanda di rimborso può contenere più fatture relative allo stesso evento, che devono però essere inviate quindi in un'unica soluzione.

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)

5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **10.000,00 euro.**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

11. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
12. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
13. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
14. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
15. assistenza psicologica/psichiatrica
16. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
17. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
18. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
19. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
20. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **15.000,00 euro.**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **8.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione dell'intervento dal regime Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo **5.000,00 euro** per evento
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo **2.500 euro** per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00 per evento

Costo dell'intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 7.000,00 di cui € 4.900,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 2.500,00

Restano a carico dell'Assicurato € 4.500,00 per superamento massimale ($7.000,00 - 30\% = 4.900,00$; supera il massimale)

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.1 MASSIMALE

80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 80,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 80,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 320,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale.

Regime rimborsuale

Massimale € 80,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 80,00

Restano a carico dell'Assicurato € 320,00 per superamento massimale

G.3 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - tutte le tecniche

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

G.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di **700,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di **500,00 euro** anno/nucleo familiare

G.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti.

G.4 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 garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

La garanzia:

- è una semplice indennità ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia delle spese per le cure, l'assistenza e la promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21
- a causa della natura e dei fini dell'indennità, l'importo è esente da imposte²².

G.5 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **350,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

²² Art. 6, comma 2, del TUIR - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

G.6 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.1 MASSIMALE

Massimale: **100,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia € 100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia € 100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

G.7 PRESTAZIONI PER OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE PER DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA E/O BULIMIA)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per una serie di prestazioni legate all'obesità infantile e adolescenziale:

G.7.1 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata

G.7.1.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.2 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.2.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.7.3 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- visita psichiatrica (2 visite all'anno)
- visita psicologo (2 visite all'anno).

G.7.3.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.4 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.4.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.8 PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per acquistare o noleggiare protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori e per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ecc.).

G.8.1 MASSIMALE

Massimale: 750,00 euro anno/nucleo familiare

G.8.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

G.8.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, **fino a massimo 100,00 euro** a protesi, ortesi, presidio e ausilio.

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 750,00

Richiesta di rimborso € 164,57

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 100,00 a protesi

Indennizzo € 100,00

G.9 CURE TERMALI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** le spese per:

Cure inalatorie (1 volta all'anno):

- inalazione
- aerosol orale o nasale
- aerosol ionico o sonico
- irrigazione nasale
- doccia nasale micronizzata
- nebulizzazione

Cure otorinolaringoiatriche (1 volta all'anno):

- insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

G.9.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: illimitato

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

G.9.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.9.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese alle strutture convenzionate con uno scoperto del 50% del costo del ciclo

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Esempi:

Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione per un ciclo di cure inalatorie € 50,00

Scoperto del 50%

Prestazione autorizzata € 50,00 di cui € 25,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 25,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Richiesta di rimborso per cure inalatorie € 50,00

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di €35,00 per ciclo

Indennizzo € 35,00

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO OTTENUTO IL RIMBORSO DI NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un **indennizzo annuo** ai Titolari caponucleo che hanno figli disabili con invalidità riconosciuta superiore al 45%²³

- a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai Titolari caponucleo per i figli con invalidità superiore al 45%
- **di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato 1.000,00 euro in caso di Nucleo familiare monoparentale o monoreddito.**

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO F

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa. La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (ESTESE A TUTTI GLI INTERVENTI CHIRURGICI, CON ECCEZIONE DI QUELLI PREVISTI DAI § D E G) ANCHE IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico
- diaria da gesso

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

²³ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e igiene orale
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni
- obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)
- protesi/ausili medici ortopedici e acustici
- cure termali

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) 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 (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purchè erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche
- prestazioni infermieristiche, se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo. Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) pari a € 4.000,00 per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione.

Retta di degenza dell'Accompagnatore



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, **documentate con fatture, notule, ricevute, ecc.** Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)

Trasporto di primo soccorso



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato abbia in regime di assistenza diretta speso per un intervento chirurgico ordinario 16.000 euro – per il quale la polizza prevede il massimale di 18.000 euro-, in caso di richiesta di rimborso fuori rete convenzionata per spese connesse al medesimo intervento, avrà a disposizione un massimale residuo di 2.000 euro).

- Assistenza Diretta: illimitato per tutti gli interventi chirurgici (con eccezione di quelli previsti dai § D e G). La somma massima erogabile una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) per intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza è pari a € 4.000,00 ad evento a mammella.

- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- **18.000,00 euro** Interventi Chirurgici ordinari
- **22.500,00 euro** Interventi Chirurgici complessi
- **45.000,00 euro** Trapianti
- **Interventi non compresi nell'allegato: 8.000,00 euro** per intervento.

In caso di intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza, il sub massimale una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023) è di € 4.000,00 ad evento a mammella.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma effettuate da medici non convenzionati

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera il Regime di assistenza diretta.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre che compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Regime rimborsuale:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 30% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- rimborso dei ticket sanitari senza applicazione di scoperti/franchigie

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (**esteso a TUTTI gli interventi chirurgici**, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per**

ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

A.3 DIARIA DA GESSO

In caso di applicazione di gessatura o tutore immobilizzante sostitutivo della stessa e con le medesime finalità terapeutiche, Intesa Sanpaolo RBM Salute paga una diaria da gesso:

- di **25,00 euro** al giorno per ogni giorno di applicazione
- per massimo **60** giorni per anno assicurativo.

L'applicazione e la rimozione di gessatura o tutore immobilizzante devono essere effettuate da personale medico, che ne certifica l'avvenuta esecuzione.

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 10.008,60 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 4.289,40 a carico dell'Assicurato)

Regime rimborsuale

Massimale € 8.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 30% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
Indennizzo € 8.000,00 pari all'importo massimo indennizzabile per intervento

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- tutti gli esami di alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, "anche digitale") quali per esempio: angiografia, artrografia, diagnosi radiologica ecc.
- tutti gli accertamenti di alta specializzazione quali per esempio accertamenti endoscopici e doppler, nonché amniocentesi o villocentesi o test genetici prenatali (come harmony test, prenatal safe) su DNA Fetale, in caso di patologia, ancorchè sospetta, dell'Assicurata o del feto;
- le seguenti terapie:
 - chemioterapia
 - cobaltoterapia
 - dialisi
 - laserterapia a scopo fisioterapico
 - radioterapia
 - infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio
 - terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
 - trattamenti radiometabolici



È compresa in garanzia anche la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica), anche se eseguita in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute i soli costi dell'accertamento.

Se la prestazione di alta specializzazione, in corso di esecuzione, si trasformasse in intervento ambulatoriale (ad esempio nel caso di una non preventivata polipectomia), troveranno applicazione le condizioni previste dal paragrafo A "PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a tutti gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale".

B.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato come segue:

- o esami di alta diagnostica radiologica: fino a **75,00 euro** per accertamento
- o accertamenti alta specializzazione e terapie: fino a **55,00 euro** per accertamento o ciclo di terapia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della Angiografia € 1.250,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 1.250,00, € 875,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 375,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per esami di alta diagnostica radiologica € 75,00

Richiesta di rimborso per Angiografia € 1.250,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 1.175,00 a carico dell'Assicurato

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- **solo una prima visita** psichiatrica e **prima visita** psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.

B.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%.

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 55 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della visita ortopedica euro 65,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 65,00, € 45,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 19,50 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €55,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 55,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 10,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

B.3.1 MASSIMALE

20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

B.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta con il Network: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro anno/nucleo familiare**
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.2 Visite Specialistiche" e "B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici"

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36**

euro a fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 133,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 57,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura € 36,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 36,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 154,00 a carico dell'Assicurato

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- 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.

Si specifica che i test genetici prenatali non sono compresi nella presente garanzia, in quanto non hanno finalità di monitoraggio della gravidanza.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- 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 anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo RBM copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale **illimitato**

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie

convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche €130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 58,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

C. FISIOTERAPIA

Le prestazioni previste dal presente paragrafo **devono essere effettuate solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **550,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a **45,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 550,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 550,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia €20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui €148,00 (€ 240,00 – 30% - 20,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile €45,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 135,00, pari al massimo previsti di €45,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia €20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui €148,00 (€ 240,00 – 30% - 20,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.

- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)



- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
- il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
- le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate

- Regime rimborsuale

- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **25 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino **36,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia €25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui €143,00 (€ 240,00 - 30% - 25,00€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 36,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 108,00, pari al massimo previsti di €36,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, l'Assicurato ha diritto di effettuare le

prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione. Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- cure odontoiatriche (parodontologia – ad es. levigature – e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad. es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. ottirazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia);
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: perno moncone, corone provvisorie, corone in ceramica integrale). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi (o 18 mesi in casi di rigenerativa tardiva) dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: **3.500,00 euro** anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare con Visita odontoiatrica e igiene orale

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 – 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e seduta di igiene orale (1 volta l'anno per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al Nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: **massimale illimitato**

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo **80,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita pedodontica e ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo **200,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo **80,00 euro** anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 80,00 per singolo dente

Indennizzo € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo RBM Salute pagale spese per:

- 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 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 entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- 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 emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**

- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: **3.500,00 euro** per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempio:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni di prevenzione (Protocolli Adulti) di seguito previste è richiesta la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG), che per alcune prestazioni specifiche dovrà anche motivarne la relativa richiesta (ad esempio Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES previsti nel Pacchetto Base)

Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione 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, 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 in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare le prestazioni sotto elencate, **previa visita del Medico di Medicina Generale (MMG)** che deve prescrivere il presente protocollo di prevenzione:

Esami del sangue:

- 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 **solo se espressamente richieste dal MMG**

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto **solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti**

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi) solo per esigenze mediche motivate dal MMG

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno per l'Assicurato o in alternativa per un componente del Nucleo familiare con eccezione dell'esame delle feci, che potrà essere effettuato una volta ogni due anni (l'Assicurato che lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).**

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online.

In caso di esito positivo, l'Assicurato potrà compilare il questionario raggiungibile accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo RBM Salute (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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 una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

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

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **25,00 euro** a pacchetto, elevato a **50,00 euro** in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione e può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- 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 **solo se espressamente richiesta dal MMG**
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale) **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: **scoperto 20%**
- Regime rimborsuale: **scoperto 20%**

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate **1 volta ogni 2 anni** (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2021 potrà effettuarlo nel 2023):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA **solo se espressamente richiesta dal MMG**

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: **scoperto 20%**
- Regime rimborsuale: **scoperto 20%**

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- a. Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- b. Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- c. Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento,...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **7.000,00 euro**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

La domanda di rimborso può contenere più fatture relative allo stesso evento, che devono però essere inviate quindi in un'unica soluzione.

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **15.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)

4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **8.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, **con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente**
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo **5.000,00 euro** per evento
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo **2.500 euro** per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00 per evento

Costo dell'intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 7.000,00 di cui € 4.900,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 2.500,00

Restano a carico dell'Assicurato € 4.500,00 per superamento massimale (7.000,00 – 30%= 4.900,00; supera il massimale)

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.1 MASSIMALE

-

150,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale €150,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 250,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale.

Regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 150,00

Restano a carico dell'Assicurato € 250,00 per superamento massimale

G.3 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - tutte le tecniche

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

G.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massima di **700,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massima di **500,00 euro** anno/nucleo familiare

G.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

G.4 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 garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato **massimo per 3 anni**, sempre che la polizza sia operativa.

La garanzia:

- è una semplice indennità ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia delle spese per le cure, l'assistenza e la promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21
- a causa della natura e dei fini dell'indennità, l'importo è esente da imposte²⁴.

G.5 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **350,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

²⁴ Art. 6, comma 2, del TUIR - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.6 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.1 MASSIMALE

Massimale: **100,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia € 100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

G.7 PRESTAZIONI PER OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE PER DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA E/O BULIMIA)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per una serie di prestazioni legate all'obesità infantile e adolescenziale:

G.7.1 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata

G.7.1.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.2 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo

- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.2.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.7.3 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- visita psichiatrica (2 visite all'anno)
- visita psicologo (2 visite all'anno).

G.7.3.1 MASSIMALE

Massimale: **10.000,00 euro** anno/figli.

G.7.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per visita e di **massimo 36,00 euro** per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.4 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.4.1 MASSIMALE

Massimale: **5.000,00 euro** anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 36,00 euro** per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.8 PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per acquistare o noleggiare protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori e per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ecc.).

G.8.1 MASSIMALE

Massimale: 750,00 euro anno/nucleo familiare

G.8.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

G.8.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a **massimo 100,00 euro** a protesi, ortesi, presidio e ausilio.

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 750,00

Richiesta di rimborso € 164,57

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 100,00 a protesi

Indennizzo € 100,00

G.9 CURE TERMALI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** le spese per:

Cure inalatorie (1 volta all'anno):

- inalazione
- aerosol orale o nasale
- aerosol ionico o sonico
- irrigazione nasale
- doccia nasale micronizzata
- nebulizzazione

Cure otorinolaringoiatriche (1 volta all'anno):

- insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

G.9.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: illimitato

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

G.9.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.9.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese alle strutture convenzionate con uno scoperto del 50% del costo del ciclo

Regime rimborsuale:

- **per cure inalatorie:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 35 euro** per ciclo
- **per cure otorinolaringoiatriche:** Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese **fino a 45 euro** per ciclo

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%



Esempi:

Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione per un ciclo di cure inalatorie € 50,00

Scoperto del 50%

Prestazione autorizzata € 50,00 di cui € 25,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 25,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Richiesta di rimborso per cure inalatorie € 50,00

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 35,00 per ciclo

Indennizzo € 35,00

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO OTTENUTO IL RIMBORSO DI NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un **indennizzo annuo** ai Titolari caponucleo che hanno figli disabili con invalidità riconosciuta superiore al 45%²⁵

- a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai Titolari caponucleo per i figli con invalidità superiore al 45%

- **di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato 1.000,00 euro in caso di Nucleo familiare monoparentale o monoreddito.**

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

²⁵ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

CAPITOLO II – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 17. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) terapie medico-chirurgiche con finalità estetica e/o ricostruttiva (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connessi all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici) e, con esclusivo riferimento ai piani integrativi, quelli resi necessari da intervento demolitivo per neoplasia maligna, anche effettuati in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza). Sono esclusi gli interventi di simmetrizzazione mammaria
- 2) interventi e qualsiasi atto chirurgico, prestazioni, terapie o procedure per trattare l'infertilità o la sterilità maschile o femminile accertata e comunque tutti gli atti per la fecondazione artificiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari in materia di procreazione medica assistita
- 3) Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 4) trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool, di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni
- 5) infortuni che derivano dalla pratica sportiva professionale
- 6) infortuni che derivano dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti
- 7) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto
- 8) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla radioterapia
- 9) conseguenze di guerra, insurrezioni e di qualsiasi atto di terrorismo
- 10) conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 11) terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 12) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive
- 13) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei cd, dei dvd, spese di viaggio
- 14) iniezioni sclerosanti
- 15) medicina legale e medicina del lavoro
- 16) prestazioni di medicina generica comprese, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 17) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 18) ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona
- 19) prestazioni effettuate in palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico; spese per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi
- 20) agopuntura, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 21) tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari. Si segnala peraltro che a decorrere dal 01/01/2022 non sono più previste dalla presente Convenzione le seguenti prestazioni/garanzie:



- immunonutrizione prima del ricovero;
- monitoraggio domiciliare pre/post ricovero e lungodegenza;
- ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico
- diaria da convalescenza post ricovero con intervento chirurgico
- neonati – Ricovero per intervento chirurgico
- indennità per parto (ferma rimanendo la possibilità di richiedere l'indennità per parto cesareo nell'ambito della garanzia A.2 dei soli Piani Sanitari Integrativi da A a F)
- contributo per latte artificiale
- weekend benessere
- cure e interventi ortodontici
- trattamento topico coi fluoruri
- acquisto di apparecchi ortodontici (per adulti e bambini)
- la seconda igiene orale per gli assicurati maggiorenni e pedodontica la consegna di spazzolino bluetooth, bilancia wireless e misuratore BMI, nei casi in cui erano previsti
- prestazioni odontoiatriche d'urgenza
- implantologia stand alone
- screening generici: Controllo delle allergie e delle intolleranze alimentari, Ricerca presenza Helicobacter Pylori, Prevenzione Herpes Zoster e Monitoraggio per lo screening delle apnee ostruttive del sonno (quest'ultimo era previsto solo dal Piano Integrativo F) MOC e indagini di laboratorio specifiche che erano previsti dal Pacchetto Prevenzione Donna per la fascia di età >50 anni
- ecocolordoppler arterioso e venoso degli arti inferiori che era previsto dal Pacchetto C della Prevenzione Donna
- dosaggio PHI che era previsto dal Pacchetto Prevenzione del cancro alla prostata
- prevenzione minori
- prevenzione terziaria (Monitoraggio Ipertensione, Monitoraggio dell'asma e della broncopneumopatia cronica ostruttiva - BPCO)
- altri controlli (Pacchetto prevenzione tumori della pelle, Pacchetto prevenzione di patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio e controllo posturale e Monitoraggio delle patologie tiroidee)
- monitoraggio domiciliare del paziente in uno stato di non autosufficienza
- servizi di assistenza globale integrata, organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne
- rimborso ticket per acquisto medicinali e garanzia Farmaci (quest'ultima era prevista solo dai Piani Integrativi da A a F)
- controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
- indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore del titolare caponucleo ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale
- servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica
- promozione dell'attività sportiva
- spese per la frequenza di Colonie Estive
- indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa
- indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore in LTC temporanea
- rette Asili Nido
- consulto nutrizionale e dieta personalizzata

- borse di Studio per i figli del Titolare caponucleo
- conto Salute

22) interventi di chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità, eccetto i casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica

23) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)

24) ricoveri impropri

25) conseguenze dirette o indirette di pandemie (ad esempio, in caso di affezione da Covid-19: è conseguenza diretta la fisioterapia rieducativa respiratoria; è conseguenza indiretta il danno cerebrale).

Con particolare riferimento a Covid-19, si specifica quanto segue:

A) Conseguenze dirette: è respinta la richiesta di rimborso/autorizzazione quando la prestazione è dovuta a Covid-19.

Per i **ricoveri** correlati a patologia pneumologica e cardiologica, il riferimento al Covid-19 deve essere reperito in cartella clinica. In assistenza diretta, il voucher riporterà una dicitura di autorizzazione condizionata alla verifica della cartella clinica. Laddove la cartella clinica evidenzia che la patologia è conseguenza diretta del Covid-19, l'autorizzazione viene annullata. Per le **extra-ospedaliere**, il riferimento al Covid-19 deve essere rinvenuto nella prescrizione. Nel caso di extra-ospedaliere, per le prestazioni di seguito indicate, se la prescrizione non riporta la specifica del Covid-19, è comunque richiesto all'Assicurato di produrre certificato medico che dichiari che l'Assicurato non è stato affetto da Covid-19 o che la prestazione non è richiesta per sospetto Covid-19. In alternativa, l'Assicurato potrà compilare l'autocertificazione presente sul sito www.fondometasalute.it. Tali prestazioni sono:

- Spirometria
- RX Torace
- ECG
- Ecocardiogramma
- Tac torace

Il certificato medico o l'autocertificazione dovranno essere trasmessi alla Compagnia sia in caso di prestazione in Regime di Assistenza Diretta, che a rimborso (unitamente al modulo di richiesta di rimborso).

Sono in ogni caso esclusi gli esami specifici per diagnosticare l'infezione, ovvero le valutazioni sierologiche (IgG, IgM, IgA) o antigeniche (tampone rapido o antigenico e tampone molecolare).

B) Conseguenze indirette: sono respinte le richieste di **prestazioni collegate a danni cerebrali** in soggetto che sia stato affetto da Covid-19; a tal fine, l'informazione relativa all'affezione da Covid-19 in caso di ricovero deve essere riportata dall'anamnesi contenuta nella cartella clinica. Per prestazioni diverse dal ricovero, laddove l'affezione al Covid-19 non emerga dalla prescrizione, è richiesta una autocertificazione (presente sul sito www.fondometasalute.it) dell'Assicurato da allegare alla richiesta di rimborso/autorizzazione con cui si dichiara che l'Assicurato non è stato affetto da Covid-19.

Le predette specifiche relative al Covid-19, considerato che le evidenze scientifiche possono mutare nel tempo, potranno essere modificate mediante emissione di apposita appendice di polizza.

Art. 18. Persone non assicurabili

Non ci sono limiti di età per il lavoratore dipendente e per i familiari, con eccezione:

- dei figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) che rientrano nel “Nucleo familiare a carico” sino al compimento del 26° anno di età (salvo il caso di figli con disabilità come definiti nella definizione di “Nucleo Familiare a carico”)
- dei figli fiscalmente a carico che possono rientrare nel “Nucleo familiare non a carico” solo a decorrere dal giorno successivo al compimento del 26mo anno di età.

CAPITOLO III – LIQUIDAZIONE DELL’INDENNIZZO

Art. 19. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni**19.1 Oneri**

Denuncia

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo²⁶.

Se la richiesta di accesso ad una prestazione in forma diretta o di rimborso del sinistro difetta degli elementi essenziali qui di seguito indicati, la richiesta stessa non è da intendersi correttamente presentata e sarà quindi respinta.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici non entrano nel merito della richiesta medica (i.e. non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico curante ai fini della cura della patologia dell'assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:**Assistenza diretta**

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

Regime rimborsuale

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione

²⁶ Art. 1915 “Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio” del Codice civile.

- mancanza completa di documentazione
- copertura assente
- prescrizione medica scaduta
- prestazione eseguita in struttura convenzionata (salvo i casi espressamente consentiti dalla presente Convenzione)
- errato inserimento della richiesta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di apertura del sinistro se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza S.D.O. o non trasmessa in copia conforme oppure, in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; assenza di materiale radiografico e foto intra orali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio) o illeggibile;
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere/Interventi chirurgici odontoiatrici: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria
- cure oncologiche, prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese, dal Tedesco e dallo Spagnolo deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari (ad esempio nel caso in cui la cartella clinica contenga dei dati incongruenti con quelli dichiarati in sede autorizzativa e necessari per la liquidazione del sinistro).

Per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro

- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare Intesa Sanpaolo RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:

- estremi del testamento
- dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
- indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:

- l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
- le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
- non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Tali previsioni non operano relativamente all'indennità sostitutiva che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.

Prestazioni intramoenia

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa.

Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

In regime di Assistenza Diretta, nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla polizza; in tal caso, l'Assicurato è tenuto a restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione

della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, a restituire l'intera somma pagata dalla Compagnia alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente la prestazione alla Struttura Convenzionata se la Compagnia non ha ancora provveduto al pagamento.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

Uso di medici, odontoiatri e strutture convenzionate

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi solo in Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.fondometasalute.it o nell'app mobile.

19.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi: 1) richiesta del voucher 2) rilascio del voucher.

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale Operativa (attiva 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione necessaria.**

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, **l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica.**

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Con esclusivo riferimento alle prestazioni odontoiatriche e fisioterapiche, Intesa Sanpaolo RBM Salute ammette anche la possibilità che la richiesta di emissione del Voucher per la prestazione successiva alla prima sia inoltrata da parte della struttura o del medico convenzionati che si siano resi disponibili

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono agli operatori di Centrale Operativa, contattabile ai numeri dedicati **800.99.18.15** da telefono fisso e cellulare (numero verde), **+39 0422.17.44.299** per chiamate dall'estero (solo per prestazioni diverse da quelle previste nei Capitoli "Prevenzione" e "Odontoiatria" per le quali è necessario utilizzare il portale web o app mobile)

Dati da fornire alla Centrale Operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia sospetta o accertata** per la quale è richiesta la prestazione specificata:

- **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
- prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: la prescrizione, con eccezione delle prestazioni odontoiatriche, deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione**; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**
- prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, dalle terapie e dalle analisi di laboratorio: per la Centrale Operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

La prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG) è richiesta anche per le prestazioni di prevenzione sanitaria di cui al Capitolo E, mentre non è richiesta per la prevenzione odontoiatrica di cui al § D.2).

- **copia del tesserino “esenzione 048”** per prestazioni oncologiche di follow-up
- **copia del certificato di prenotazione del ricovero, o dell’autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale Operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta**, per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta

- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**

- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall’infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l’infortunio, l’Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l’Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall’infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da Intesa Sanpaolo RBM Salute. La spesa massima prevista della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.

Le cure dentarie da infortunio devono essere **coerenti con le lesioni subite** e l’infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**; è comunque sempre necessaria la **prescrizione medica dell’odontoiatra**. Esempio: non è coerente una prestazione effettuata sull’elemento dentario n. 26 nel caso in cui la lesione riguardasse l’elemento dentario n. 32;

- se l’evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile**.

- **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell’incidente, l’Assicurato deve inviare anche **il verbale dell’incidente redatto dalle forze dell’ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);

- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti prima della prestazione in caso di, ove previsti dai Piani Sanitari**, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- in caso di **prestazioni di gravidanza previste nel “Pacchetto maternità”**: **certificato attestante lo stato di gravidanza**, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;
- **in caso di gravidanza a rischio**: anche certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
- **prestazioni odontoiatriche**: prescrizione medica dell'odontoiatra, con l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e della patologia/diagnosi;
per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richiesti alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:
 - **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan**
 - **referto dell'esame istologico in caso di asportazione di cisti mascellari, mandibolari, radicolari o biopsie**
 - **certificati di laboratorio**, timbrato e firmato dalla struttura. Il certificato di laboratorio è relativo a manufatti protesici eseguiti e deve contenere nome del paziente, data di esecuzione/consegna, tipo di manufatto realizzato (es: corona provvisoria o protesi mobile), nonché il materiale con cui è stato realizzato (es. ceramica integrale, resina, leghe)

da cui si evidenzia la patologia che ha reso necessaria la prestazione, come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5^A classe di BLACK)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi, solo certificato di laboratorio
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico e asportazione cisti	Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di ⇒ asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopanoramica post prestazione (ortopanoramica in alternativa a Rx endorale). ⇒ estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche la fattura dell'anestesista ⇒ biopsie: esame istologico post prestazione.
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopanoramiche e/o Dentalscan		radiografie endorali e/o ortopanoramiche

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomamiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomamiche	Fotografie in caso di: innesto autogeno o di materiale biocompatibile (prima della sutura), lembo gengivale semplice, lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o curettage gengivale.	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomamiche.
DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data, nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

- **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta il difetto visivo, in caso di acquisto lenti.
- per **invalidità permanente (§ F)**: copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente;
- in caso di **Spirometria, RX Torace, ECG, ecocardiogramma, Tac torace e prestazioni extraospedaliere collegate a danni cerebrali**: l'Assicurato dovrà produrre anche idonea autocertificazione di non essere stato affetto da Covid-19 o che la prestazione non è richiesta per sospetto Covid-19.

Intesa Sanpaolo RBM Salute può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Come trasmettere i documenti:

- da portale web o con l'app mobile

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale Operativa
- se disponibili nel territorio, **sono individuate le strutture convenzionate** (in caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione**
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate e la prestazione da eseguire.

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

Esempio: se le prestazioni post ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 90 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

⇒ **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale Operativa:

- rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
- invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata.

All'interno del sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione del VoucherSalute® sullo schermo del device. Il VoucherSalute® potrà contenere una forma visibile del QR code per l'accesso in struttura sanitaria. Nel caso in cui l'assicurato non possieda uno smartphone potrà ugualmente utilizzare il VoucherSalute® poiché nel corpo del testo del messaggio (sms o email) da lui ricevuto è presente il codice identificativo del VoucherSalute® (codice "MTS.....") che potrà essere utilizzato per l'identificazione dell'autorizzazione e l'esecuzione della prestazione presso la struttura sanitaria.

Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 90 giorni dalla data di emissione, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per il raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Superato il termine di validità di 90 giorni, in presenza di copertura, l'Assicurato potrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®.

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/04/2022;
VoucherSalute® valido fino al 30/06/2022, per un totale 90 giorni dal 01/04/2022.

Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullare il voucher prima dell'erogazione della prestazione presso la struttura sanitaria, può farlo dalla propria area riservata.

Attivazione del pagamento diretto dei pacchetti di prevenzione e delle prestazioni di Odontoiatria

In merito all'attivazione del pagamento diretto per i pacchetti di prevenzione, qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione 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, 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 con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione.

Nel caso in cui il pacchetto di prevenzione non sia erogabile per intero in alcuna struttura del Network, Intesa Sanpaolo RBM Salute autorizza le singole prestazioni previste dal pacchetto, anche presso più strutture sanitarie convenzionate, con impegno, ove possibile, a rispettare il limite di 30 km dalla residenza del Titolare caponucleo.

In merito all'attivazione del pagamento diretto per le prestazioni di Odontoiatria, qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento delle prestazioni Odontoiatriche 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 odontoiatriche in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione delle prestazioni.

L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Ai fini dell'applicazione dell'agevolazione chilometrica sopra indicata sarà necessario attivare il pagamento diretto dei pacchetti di prevenzione attraverso il sito www.fondometasalute.it.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale Operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®. *La richiesta potrà avvenire anche per il tramite della struttura convenzionata.*

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (→ qui sotto, par. b).

b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero)

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale Operativa

- l'Assicurato può chiedere il rilascio del voucher **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato contatta (tramite web/App mobile o telefonicamente), la Centrale Operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale Operativa** (per mail assistenza.metasalute@previmedical.it) **allegando** il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

L'eccezione prevista dal presente paragrafo si applica limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Il criterio di gravità si caratterizza come una condizione che mette in pericolo di vita il paziente o a rischio di compromissione definitiva una o più funzioni oppure a rischio di rapido peggioramento delle condizioni cliniche (ad esempio Infarto del miocardio).

La procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

c) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria per prestazioni extraospedaliere

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna e consente di ottenere il rilascio del VoucherSalute® in tempo utile per effettuare la prestazione.

Dovrà essere contattata (tramite web/app mobile o, in caso di prestazioni diverse da quelle odontoiatriche, anche telefonicamente), la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere il VoucherSalute® alla struttura sanitaria presso cui l'Assicurato deve eseguire la prestazione.

L'Assicurato deve trasmettere alla Centrale Operativa tramite portale web o App mobile la seguente documentazione:

- **prescrizione/certificato medico contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza** tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.

Nel caso di attivazione della procedura di urgenza, **in considerazione dei termini derogati per rilascio del VoucherSalute®, non è garantita da parte della Centrale Operativa la presa in carico della prestazione.**

d) La prenotazione

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale Operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

e) Centrale Operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

f) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)

- Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di ricovero cartella clinica completa contenente anche la SDO, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico²⁷,...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti, superamento di massimali).

19.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea, b) on line**. In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore del Titolare caponucleo.
- le prestazioni devono
- essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni, ad eccezione delle prestazioni odontoiatriche**; se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**.
- **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**
- **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**
- **fatturate** da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, Intesa Sanpaolo RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.fondometasalute.it). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo RBM Salute prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso l'assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

- **documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o

²⁷ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola

- **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche. **La prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG) è richiesta anche** per le prestazioni di prevenzione sanitaria di cui al Capitolo E, mentre non è richiesta per la prevenzione odontoiatrica di cui al § D.2).
- **Ticket:** in caso utilizzo del SSN, se la fattura non specifica il regime di erogazione e il dettaglio delle prestazioni eseguite, è necessario presentare il certificato di prenotazione o accettazione
- **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.,** in caso di Ricovero anche in Day Hospital e per la garanzia Interventi chirurgici minori
- dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
- **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato,** che attesta il difetto visivo, in caso di acquisto lenti. È necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico²⁸.
La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno assicurativo (fermo rimanendo che il rimborso per la garanzia è previsto una tantum - cioè per una sola richiesta che può essere presentata una sola volta nel triennio 2021-2023)
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti,** in caso di, ove previsti dai Piani Sanitari, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- in caso di **prestazioni di gravidanza previste nel "Pacchetto maternità": certificato attestante lo stato di gravidanza,** con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;
- **in caso di gravidanza a rischio:** anche certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
- copia del **tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
- **per trattamenti fisioterapici:**
 - i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
 - ii. indicazione del **titolo** professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione

²⁸ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

- **per le prestazioni dentarie**, che devono essere presentate dopo l'avvenuta prestazione:
 - per conservativa endodontica (ad esempio trattamento di una carie), cure odontoiatriche e protesi dentarie (per es. splintaggio, molaggio, esami radiografici);: la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e la patologia/diagnosi
- in caso di **infortunio** devono essere presentati anche:
 - ⇒ **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da Intesa Sanpaolo RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie, prescrizione del medico odontoiatra)**
 - ⇒ se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo.**
In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole).
- **certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21** in caso di richiesta di indennità
- per **invalidità permanente (§ F)**: anche copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente;
- per **Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili e per i figli minorenni**:
 - a) copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva
 - b) l'apposito modulo reperibile in Area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di rimborso comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie del Nucleo familiare. Si ricorda che la richiesta deve essere presentata a fine anno
 - c) **(eventuale) per l'accertamento del Nucleo familiare monoparentale**: dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia²⁹
 - d) **(eventuale) per l'accertamento del Nucleo familiare monoreddito**:
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia³⁰
- in caso di **Spirometria, RX Torace, ECG, ecocardiogramma, Tac torace e prestazioni extraospedaliere collegate a danni cerebrali**: l'Assicurato dovrà produrre anche idonea autocertificazione di non essere stato affetto da Covid-19 o che la prestazione non è richiesta per sospetto Covid-19.

Intesa Sanpaolo RBM Salute può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

²⁹ Artt. 19 "Modalità alternative all'autenticazione di copie" - 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni" - 47 "Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà" D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

³⁰ Artt. 19 "Modalità alternative all'autenticazione di copie" - 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni" - 47 "Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà" D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
presso PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
(Rif. Fondo Metasalute)
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (www.fondometasalute.it)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che Intesa Sanpaolo RBM Salute considera equivalente all'originale. Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta: se, si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- Intesa Sanpaolo RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
 - restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
 - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

Sezione III

CAPITOLO I - SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI PER TUTTI I PIANI SANITARI

Gli Assicurati possono beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa senza costi aggiuntivi.

1) DIAGNOSI COMPARATIVA

L'Assicurato può ricevere un ulteriore parere qualificato, nazionale o internazionale, rispetto a una diagnosi formulata da altro professionista per qualsiasi patologia.

La Centrale Operativa:

- rende disponibili almeno tre nominativi tra cui l'Assicurato può decidere il professionista cui rivolgersi
- aiuta l'Assicurato a fissare gli appuntamenti/trasferimenti/ricoveri nella struttura sanitaria se necessari, nel caso in cui l'Assicurato si affidi alle cure di un consulente dalla stessa segnalato.

Sono a carico dell'Assicurato gli onorari del professionista ed eventuali costi di traduzione del parere.

2) PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

In caso di prestazioni non previste dal piano sanitario o di massimali esauriti, è a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network sanitario.

L'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati che aderiscono al circuito Card si trova sul sito www.previmedical.it o può essere chiesto per telefono alla Centrale Operativa.

La Card è nominativa per ogni Assicurato e si può scaricare dall'area riservata www.fondometasalute.it o dall'app mobile.

3) CONSULENZA MEDICA

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per reperire medici e strutture specialistiche in Italia o all'estero, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato.

Il servizio inoltre fornisce:

- informazione sanitaria sui farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni),
- preparazione per esami diagnostici
- profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero.
- nome di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato nel caso in cui, dopo il consulto, abbia bisogno di una visita specialistica.

Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni sui centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per:

- fornire le informazioni necessarie
- all'occorrenza, individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari
- facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione risolvendo eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assicurato.

Il servizio è gratuito da telefono fisso.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

4) GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, ha bisogno di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa (h 24 ore, 365 giorni all'anno). La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

5) SECOND OPINION

Dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, l'Assicurato può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza in Italia e all'estero, complementare rispetto a una precedente valutazione medica.

Il servizio telefonico è gratuito per le chiamate da fisso in Italia; per quelle da cellulare e dall'estero i costi sono quelli del piano tariffario di ciascuno.

Sono a carico dell'Assicurato eventuali costi postali per l'invio della documentazione medica necessaria per erogare il servizio.

6) SECOND OPINION INTERNAZIONALE

Per le patologie sotto indicate, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, l'Assicurato può ricevere un secondo parere medico, con costi del parere a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute, complementare rispetto alla precedente valutazione medica, dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza internazionali affiliati alla rete Previmedical e da parte di alcuni primari Centri

di eccellenza internazionali convenzionati con Previmedical in cooperazione con primari provider internazionali:

- malattie cardiovascolari
- malattie cerebrovascolari (Ictus)
- cecità
- sordità
- tumori maligni
- insufficienza renale
- trapianto di organo
- sclerosi multipla
- paralisi
- malattia di Alzheimer
- malattia di Parkinson
- gravi ustioni
- coma

L'Assicurato:

- contatta la Centrale Operativa
- fornisce la documentazione medica sulla patologia per la quale richiede l'attivazione del servizio di Second Opinion Internazionale.

La Centrale Operativa:

- richiede una seconda consulenza a specialisti che operano in Centri Specialistici di eccellenza internazionale, che forniscono un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici forniti.

7) TUTORING

L'Assicurato può disporre di un affiancamento costante e qualificato per:

- individuare i corretti percorsi terapeutici
- organizzare programmi di prevenzione personalizzati
- gestire i propri bisogni assistenziali.

Il servizio è realizzato con il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e con l'interazione e il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

8) CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Se l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici e non può allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante e nessuno può andare per lui, può contattare la Centrale Operativa che:

- organizza il recupero presso l'Assicurato della documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti,
- provvede a recapitare gli esiti degli accertamenti all'Assicurato e al medico da lui indicato.

Il costo per eventuali franchigie/scoperti relativi agli accertamenti è a carico dell'Assicurato.

9) INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno di medicinali prescritti ed è oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, può contattare la Centrale Operativa che:

- organizza il ritiro della ricetta presso l'Assicurato
- provvede alla consegna dei medicinali prescritti.

A carico dell'Assicurato è solo il costo dei medicinali.

10) COLLABORATORE FAMILIARE

Se l'Assicurato è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, pertanto non può svolgere le principali incombenze domestiche, può contattare la Centrale Operativa che gli segnala il nome di un collaboratore familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, furto o tentato furto, che hanno determinato l'immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa, nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, invia un collaboratore domestico

Intesa Sanpaolo RBM Salute assume i relativi costi fino a 6 ore alla settimana, da utilizzare consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

Per attivare la copertura, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima delle dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

11) SPESA A DOMICILIO

Nei casi di:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- fratture del bacino

che hanno determinato l'immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti nel territorio del Comune, furto o tentato furto presso la propria abitazione, l'Assicurato può contattare la Centrale Operativa che, nelle quattro settimane successive al sinistro:

- organizza la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari/prima necessità
- invia la richiesta della lista dei generi alimentari/prima necessità e delle coordinate per la consegna.

L'Assicurato è informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo da pagare al momento della consegna.

12) SERVIZIO PRENOTAZIONE TAXI

Se l'Assicurato ha bisogno di un servizio taxi per recarsi in una struttura convenzionata o per rientrare dalla stessa presso la propria abitazione, può mettersi in contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

L'Assicurato:

- deve comunicare i propri dati anagrafici, la posizione di partenza e la destinazione;
- può prenotare il servizio anche per giornate successive rispetto a quella della richiesta telefonica.

La Centrale Operativa conferma la prenotazione all'Assicurato per sms/telefonata/e-mail.

Il costo della corsa è a carico dell'Assicurato.

13) ORGANIZZAZIONE TRASPORTO AMBULANZA

Se l'Assicurato, in caso di ricovero, ha bisogno di essere trasportato dal proprio domicilio a un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale a un altro, può chiedere che il trasporto:

- sia organizzato e gestito da parte della Centrale Operativa, con ambulanza, eliambulanza e similari, aereo, treno
- o tramite centri convenzionati che erogano il servizio.

Non sono compresi i trasporti per terapie continuative.

Le spese sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute senza limite chilometrico.

14) RIMPATRIO SALMA

Se l'Assicurato è deceduto, la Centrale Operativa può organizzare e gestire, tramite centri convenzionati, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Questo servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma.

I costi del trasporto e dell'organizzazione sono a carico degli aventi diritto dell'Assicurato.

15) INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno di un medico dalle 20,00 alle 8,00 nei giorni feriali o nelle 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, può contattare la Centrale Operativa che:

- accertata la necessità della prestazione
- invia uno dei medici convenzionati.

Se i medici convenzionati non possono intervenire, la Centrale Operativa organizza, in sostituzione, il trasferimento nel centro medico idoneo più vicino con autoambulanza.

Il costo delle visite domiciliari attivate tramite Centrale Operativa sono a carico dell'Assicurato che deve pagare direttamente il medico.

16) INVIO DI UN INFERMIERE O FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Se l'Assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero non previsto dalla copertura assicurativa, ha bisogno di essere assistito da un infermiere o un fisioterapista, può contattare la Centrale Operativa che provvede a reperirlo.

Il costo delle prestazioni infermieristiche o dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che deve pagare direttamente l'infermiere o il fisioterapista.

Nei casi di ricoveri per:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporta prestazioni infermieristiche/fisioterapiche,

la Centrale Operativa, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, invia un infermiere o un fisioterapista convenzionato.

La Compagnia copre le spese fino a 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

Per attivare la copertura, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione.

17) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Web (www.fondometasalute.it)

Area riservata – Assicurazione

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può visionare le Condizioni di Assicurazione.

Web (www.fondometasalute.it)

Area riservata – Assicurazione

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di rimborso
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche.

App mobile “mètasalute”

Con l'app mobile “mètasalute”, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di Rimborso.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli³¹:

SEZIONE I - CAPITOLO I - NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 4. Inclusioni, esclusione e variazione in corso d'anno delle persone assicurate

Art. 8 - Foro competente

SEZIONE I - CAPITOLO III - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Assenza di Questionario Sanitario

Art. 9 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 10 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 12 - Forma delle comunicazioni

SEZIONE II - CAPITOLO II - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 17 - Esclusioni

Art. 18 - Persone non assicurabili

SEZIONE II - CAPITOLO III - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 19 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

L'Amministratore Delegato e Direttore Generale
Massimiliano Dalla Via
firmato digitalmente

Fondo mètaSalute

Il Presidente
Silvano Simone Bettini
firmato digitalmente

³¹ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.



Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100609 Metasalute

PIANO BASE METASALUTE

Massimali*/somme
assicurate -
scoperti/franchigie/
massimi
indennizzabili

**A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO 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)		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 15% Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi Scoperto 30% giorni illimitati
Pre/post		100%
Trasporto di primo soccorso		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 EXTRAOSPEDALIERE		
B.1 Alta Specializzazione		da elenco
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici



Condizioni	diretta rimborso <i>Ticket</i>	Scoperto 30% max. 55,00 euro per visita Scoperto 30%
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici Massimale		20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
Condizioni	<i>Ticket</i>	Scoperto 30%
B.4 Accertamenti diagnostici Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso <i>Ticket</i>	Scoperto 30% max. 36,00 euro per fattura Scoperto 30%
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 anestesiológica 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 rimborso <i>Ticket</i>	100% 100% Scoperto 30%



B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (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	Scoperto 30%	
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	Scoperto 30%	
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	Scoperto 30%	
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	Scoperto 30%	



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 e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta	3.500,00 euro
Condizioni	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
		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	Scoperto 30%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale	diretta	illimitato
Condizioni	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	Scoperto 30%
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	Scoperto 30%
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; Ascenso 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 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 entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Massimale
Condizioni

3.500,00 euro

diretta

Scoperto 35%

Ticket

Scoperto 30%

E. PREVENZIONE

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti previsti dalla presente sezione 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, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®□, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 Prevenzione base

esami del sangue [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 solo se espressamente richieste dal MMG], 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,



		ecotomografia addome superiore (4/5 organi) solo per esigenze motivate dal Medico di Medicina Generale (MMG) Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023). Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG.
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Sindrome metabolica		L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online. 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 rimborso	Illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% 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



		<p>- Ecografia transvaginale solo se espressamente richiesta dal MMG</p> <p>Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).</p>
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		
Massimale	Diretta Rimborso	1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023)
Condizioni	diretta rimborso	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		
Massimale	Diretta Rimborso	<p>Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).</p> <p>Uomo – oltre i 21 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita cardiologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) solo se espressamente richiesta dal MMG <p>Uomo – oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo <p>Uomo – senza limite di età</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita urologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia prostatica (Ecografia transrettale) solo se espressamente richiesta dal MMG
		Illimitato 80,00 euro a pacchetto



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 2021 potrà eseguirlo nel 2023): <ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA (solo se espressamente richieste dal MMG)
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
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		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 24% e 33%		7.000,00 euro
>33% e fino 66%		10.000,00 euro
>66% e fino 100%		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 80% e 90%		8.000,00 euro
tra 91% e 100%		10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital		da elenco. 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.
Massimale	diretta	5.000,00 euro per evento
	rimborso/S.S.N.	2.500,00 euro per evento
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	Scoperto 30%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto		
Massimale	Diretta/rimborso	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare



G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche		
Massimale		
	diretta	700,00 euro
	rimborso	500,00 euro
G.4 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.5 Visite psicologiche/psichiatriche		
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.6 Logopedia figli minorenni		
Massimale		100,00 euro
	diretta	100%
	rimborso	max. 20,00 euro a seduta
	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, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.

*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.



Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100609 Metasalute

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO A

Massimali*/somme assicurate - scoperti/franchigie/massimi indennizzabili

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale	
<p>A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>Sub-massimale intervento ricostruttivo post mastectomia</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso</p> <p>Pre/Post Trasporto di primo soccorso</p> <p style="text-align: right;">Ticket</p>	<p>con eccezione di interventi previsti dai § D e G</p> <p style="text-align: center;">Illimitato</p> <p style="text-align: center;">18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"</p> <p style="text-align: center;">4.000,00 euro una tantum a triennio (2021-2023) per evento a mammella</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; Scoperto 30% per interventi non rientranti nell'allegato</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">gg. illimitati</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 50%</p>
<p>A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)</p>	<p style="text-align: center;">100,00 euro al giorno max. 150 gg.</p>
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
<p>B.1 Alta Specializzazione</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta Rimborso</p> <p style="text-align: right;">Ticket</p>	<p style="text-align: center;">da elenco</p> <p style="text-align: center;">illimitato</p> <p style="text-align: center;">20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 30%</p> <p style="text-align: center;">esami di alta diagnostica radiologica max. 75,00 euro per accertamento</p> <p style="text-align: center;">accertamenti alta specializzazione e terapie max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 30%</p>



<p>B.2 Visite specialistiche Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici</p> <p>Scoperto 30% max. 55,00 euro per visita Scoperto 30%</p>
<p>B.3 Ticket per accertamenti diagnostici Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>Ticket</p>	<p>20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici</p> <p>Scoperto 30%</p>
<p>B.4 Accertamenti diagnostici Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>Illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici</p> <p>Scoperto 30% max. 36,00 euro per fattura Scoperto 30%</p>
<p>B.5 Pacchetto Maternità (l'indennità sostitutiva da parto cesareo rientra nel § A.2) - 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. - 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 anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).</p> <p>700,00 euro per evento gravidanza</p> <p>100% 100% 100%</p>



<p>- B.5.3 Supporto psicologico post parto</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche</p> <p>Illimitato Illimitato</p> <p>100% max. 36,00 euro per visita 100%</p>
C. FISIOTERAPIA		
<p>C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>Diretta/diretta domiciliare rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta diretta domiciliare rimborso Ticket</p>	<p>500,00 euro 250,00 euro</p> <p>Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione 100%</p>
<p>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"</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>diretta/diretta domiciliare rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta diretta domiciliare rimborso Ticket</p>	<p>500,00 euro 250,00 euro</p> <p>Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso Scoperto 30% 100%</p>
<p>C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>diretta/diretta domiciliare rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta diretta domiciliare rimborso Ticket</p>	<p>500,00 euro 250,00 euro</p> <p>Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione 100%</p>



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 e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	Diretta	3.500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
Condizioni	diretta	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.
	rimborso	Scoperto 35%
	Ticket	- Scoperto 25% 100%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		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. 50,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione tartaro		Una volta l'anno
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 50,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 50,00 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);



	<p>Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascenso 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 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.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico.. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p>
<p>Massimale Condizioni</p>	<p>3.500,00 euro</p> <p>Scoperto 35%</p> <p>100%</p>
E. PREVENZIONE	
<p>Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione dalla presente sezione 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, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.</p>	
E.1 PREVENZIONE BASE	
<p>E.1.1 Prevenzione base</p> <p>Massimale</p>	<p>esami del sangue[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 solo se espressamente richieste dal MMG], 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, ecotomografia addome superiore solo per esigenze motivate dal Medico di Medicina Generale (MMG), come da elenco. Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023). Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG.</p>



	Diretta Rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Sindrome metabolica		L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online. 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	diretta rimborso	Scoperto 20% 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 solo se espressamente richiesta dal MMG . Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto



Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne – tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023)
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023). Uomo – oltre i 21 anni - visita cardiologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) solo se espressamente richiesta dal MMG Uomo – oltre i 50 anni • PSA • 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 solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia prostatica (Ecografia transrettale) solo se espressamente richiesta dal MMG
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
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 2021 potrà eseguirlo nel 2023): • PSA FREE: • 2 PRO PSA (solo se espressamente richieste dal MMG)
Massimale	Diretta Rimborso	illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	Diretta Rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%



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 dell'INAIL tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%	plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/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 triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/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 <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> diretta rimborso/S.S.N. </div> Condizioni <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> diretta rimborso Ticket </div>	da elenco. 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. 5.000,00 euro per evento 2.500,00 euro per evento Scoperto 30% Scoperto 30% 100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto Massimale <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> Diretta/rimborso </div>	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA)-tutte le tecniche Massimale <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> Diretta Rimborso </div>	700,00 euro 500,00 euro
G.4 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.5 Visite psicologiche/psichiatriche Massimale <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> diretta rimborso/S.S.N. </div> Condizioni <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> diretta rimborso Ticket </div>	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro 250,00 euro Scoperto 30% Scoperto 30%, max. 36,00 euro per visita Scoperto 30%,
G.6 Logopedia figli minorenni Massimale	100,00 euro



Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	max. 20,00 euro a seduta
	Ticket	100%
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia o bulimia)		
G.7.1 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.7.2 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.7.3 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 anno/figli
	rimborso	100%
	Ticket	max. 36,00 euro per visita e per fattura
		100%
G.7.4 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%
G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici		
Massimale		350,00 euro
	rimborso	max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.9 Cure termali		
Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)		
Massimale		Illimitato
	Diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	Rimborso	max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	Ticket	100%
Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico)		
Massimale		illimitato



diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
rimborso	max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
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 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, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.

**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.



Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100609 Metasalute

PIANO INTEGRATIVO B

Massimali*/somme assicurate -
scoperti/franchigie/massimi indennizzabili

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle 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 (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA) Massimale		con eccezione di quelli previsti dai § D e G illimitato 18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici" 4.000,00 euro una tantum a triennio (2021-2023) per evento a mammella
Sub-massimale intervento ricostruttivo post mastectomia Condizioni	diretta rimborso/S.S.N. diretta rimborso Ticket	Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato 100%
Pre/Post Trasporto di primo soccorso Retta di degenza dell'accompagnatore		gg. illimitati Scoperto 30% Scoperto 50%
A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)		100,00 euro al giorno max. 150 gg.
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE		
B.1 Alta Specializzazione Massimale		da elenco illimitato 20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% esami di alta diagnostica radiologica max. 75,00 euro per accertamento accertamenti alta specializzazione e terapie max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche		
Massimale		



<p>Condizioni</p> <p>diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>illimitato</p> <p>20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici</p> <p>Scoperto 30%</p> <p>max. 55,00 euro per visita</p> <p>Scoperto 30%</p>
<p>B.3 Ticket per accertamenti diagnostici Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>Ticket</p>	<p>20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici</p> <p>Scoperto 30%</p>
<p>B.4 Accertamenti diagnostici Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>illimitato</p> <p>20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici</p> <p>Scoperto 30%</p> <p>max. 36,00 euro per fattura</p> <p>Scoperto 30%</p>
<p>B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (l'indennità sostitutiva da parto cesareo rientra nel § A.2)</p> <p>- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - amniocentesi o villocentesi: <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>- B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore <p>Massimale Condizioni</p> <p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).</p> <p>700,00 euro per evento gravidanza</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>



- B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (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. 36,00 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. 36,00 euro per prestazione
	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 e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta	3.500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
Condizioni	diretta	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.
	rimborso	Scoperto 35%
		Scoperto 25%
	Ticket	100%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		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. 55,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione tartaro		Una volta l'anno
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 55,00 euro anno/nucleo familiare
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 50,00 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;



	<p>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 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.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p>
<p>Massimale Condizioni</p>	<p>3.500,00 euro</p> <p>Scoperto 35%</p> <p>100%</p>
	<p>diretta</p> <p>Ticket</p>
E. PREVENZIONE	
<p>Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione dalla presente sezione 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, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.</p>	
E.1 PREVENZIONE BASE	
<p>E.1.1 Prevenzione base</p> <p>Massimale</p>	<p>esami del sangue[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 solo se espressamente richieste dal MMG], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età non compiuti), elettrocardiogramma di base, ecotomografia addome superiore solo per esigenze motivate dal Medico di Medicina Generale (MMG), come da elenco. Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023). Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG.</p> <p>Diretta</p> <p>Illimitato</p>



	Rimborso	80,00 euro a pacchetto
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Sindrome metabolica		L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online. 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		Illimitato
	Diretta	25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	Rimborso	
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% 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 solo se espressamente richiesta dal MMG Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni dall' Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).
Massimale	Diretta	Illimitato
	Rimborso	80,00 euro a pacchetto
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%



E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023)	
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna	
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%	
E.3 PREVENZIONE UOMO			
E.3.1 Pacchetto Uomo		<p>Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).</p> <p>Uomo - oltre i 21 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita cardiologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) solo se espressamente richiesta dal MMG <p>Uomo - oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo <p>Uomo - senza limite di età</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita urologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia prostatica (Ecografia transrettale) solo se espressamente richiesta dal MMG 	
Massimale	Diretta Rimborso		Illimitato 80,00 euro a pacchetto
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 2021 potrà eseguirlo nel 2023):
Massimale	Diretta Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA (solo se espressamente richieste dal MMG) <p>Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo</p>	
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%	



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 dell'INAIL	plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 24% e 33%	7.000,00 euro
>33% e fino 66%	10.000,00 euro
>66% e fino 100%	15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore al 80% (a fronte della sussistenza dei presupposti di cui al punto F.1)	plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 80% e 90%	8.000,00 euro
tra 91% e 100%	10.000,00 euro

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 Interventi chirurgici minori (eseguiti in chirurgia ambulatoriale Day-Surgery o Day Hospital)	da elenco. 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.
Massimale	
	diretta 5.000,00 euro per evento
	rimborso/S.S.N. 2.500,00 euro per evento
Condizioni	
	diretta Scoperto 30%
	rimborso Scoperto 30%
	Ticket 100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto	
Massimale	Diretta/rimborso 80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA)-tutte le tecniche	
Massimale	
	diretta 700,00 euro
	rimborso 500,00 euro
G.4 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.5 Visite psicologiche/psichiatriche	
Massimale	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia
	diretta 350,00 euro
	rimborso/S.S.N. 250,00 euro
Condizioni	
	diretta 100%
	rimborso max. 36,00 euro per visita
	Ticket 100%
G.6 Logopedia figli minorenni	
Massimale	100,00 euro
	diretta 100%
	rimborso max. 20,00 euro a seduta



	Ticket	100%
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)		
G.7.1 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.7.2 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.7.3 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Visite ed accertamenti diagnostici		
Massimale		max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno
		10.000,00 euro anno/figli
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita e per fattura
	Ticket	100%
G.7.4 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%
G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici		
Massimale		550,00 euro
	rimborso	max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.9 Cure termali		
Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	Ticket	100%
Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	Ticket	100%



H. PRESTAZIONI SOCIALI

(solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano 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, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.

***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.



**Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100609 Metasalute
PIANO INTEGRATIVO C**

Massimali*/somme assicurate -
scoperti/franchigie/massimi indennizzabili

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale	
<p>A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso/S.S.N.</p> <p>Sub-massimale intervento ricostruttivo post mastectomia</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">Diretta</p> <p style="text-align: right;">Rimborso</p> <p style="text-align: right;">Ticket</p> <p>Pre/Post</p> <p>Trasporto di primo soccorso</p> <p>Retta di degenza dell'accompagnatore</p>	<p>con eccezione di quelli previsti dai § D e G</p> <p style="text-align: center;">Illimitato</p> <p>18.000,00 euro per interventi ordinari</p> <p>22.500,00 euro per interventi complessi</p> <p>45.000,00 euro per trapianti</p> <p>8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"</p> <p>4.000,00 euro una tantum a triennio (2021-2023) per evento a mammella</p> <p>Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p>Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">gg. illimitati</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 30%</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 30%</p>
<p>A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)</p>	<p>100,00 euro al giorno max. 150 gg.</p>
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
<p>B.1 Alta Specializzazione</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso/S.S.N.</p>	<p>da elenco</p> <p style="text-align: center;">illimitato</p> <p>20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici</p>



Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% esami di alta diagnostica radiologica max. 75,00 euro per accertamento accertamenti alta specializzazione e terapie max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia
	Ticket	Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% max. 55,00 euro per visita Scoperto 30%
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici		
Massimale		20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
Condizioni	Ticket	Scoperto 30%
B.4 Accertamenti diagnostici		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% max. 36,00 euro per fattura Scoperto 30%
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (l'indennità sostitutiva da parto cesareo rientra nel § A.2)		Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO		
<i>- 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.</i>		
<i>- amniocentesi o villocentesi:</i>		
<ul style="list-style-type: none"><i>• per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione</i><i>• 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.</i>		
- B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE		
<i>- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia</i>		



<p>- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale</p> <p>- una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.</p>		
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni	<p>diretta</p> <p>rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>
<p>- B.5.3 Supporto psicologico post parto</p>		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale		Illimitato
Condizioni	<p>rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta</p> <p>rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>Illimitato</p> <p>100%</p> <p>max. 36,00 euro per visita</p> <p>100%</p>
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	<p>diretta</p> <p>diretta domiciliare</p> <p>rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>Scoperto 30%</p> <p>Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso</p> <p>Scoperto 30%, max. 36,00 euro per prestazione</p> <p>100%</p>
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	<p>diretta</p> <p>diretta domiciliare</p> <p>rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>Scoperto 30%</p> <p>Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso</p> <p>Scoperto 30%</p> <p>100%</p>



C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale		
Condizioni	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 36,00 euro per prestazione
	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 e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale		
Condizioni	diretta	3.500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
		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 igiene orale		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale		
Condizioni	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure dentarie
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 70,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione tartaro		Una volta l'anno.
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%



	rimborso Ticket	max. 100,00 euro anno/nucleo familiare 100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		illimitato
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 50,00 euro per dente, max. 2 denti a persona 100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		<p>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 emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pedeo 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.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. . In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p>
Massimale		3.500,00 euro
Condizioni	diretta Ticket	Scoperto 35% 100%

E. PREVENZIONE

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione dalla presente sezione 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, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la



convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione.. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 Prevenzione base		esami del sangue [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 solo se espressamente richieste dal MMG], 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, ecotomografia addome superiore solo per esigenze motivate dal Medico di Medicina Generale (MMG), come da elenco. Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023). Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG.
-------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%

L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online. 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

E.1.2 Sindrome metabolica		
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 Pacchetto Donna	<p>Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita ginecologica + PAP TEST <p>Donne – oltre i 30 anni</p>
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



		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 solo se espressamente richiesta dal MMG Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne – tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023). Uomo – oltre i 21 anni - visita cardiologica solo se espressamente richiesta dal MMG ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) solo se espressamente richiesta dal MMG Uomo – oltre i 50 anni • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo



Condizioni		Uomo – senza limite di età - visita urologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia prostatica (Ecografia transrettale) solo se espressamente richiesta dal MMG
	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
	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 nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023): <ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA (solo se espressamente richieste dal MMG)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
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 dell'INAIL		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 24% e 33%		7.000,00 euro
>33% e fino 66%		10.000,00 euro
>66% e fino 100%		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore al 80%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 80% e 90%		8.000,00 euro
tra 91% e 100%		10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale Day-Surgery o in Day Hospital		da elenco. 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.
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	5.000,00 euro per evento 2.500,00 euro per evento
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% Scoperto 30%



	Ticket	100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto Massimale	diretta/rimborso	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA)-tutte le tecniche Massimale	diretta	700,00 euro
	rimborso	500,00 euro
G.4 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.5 Visite psicologiche/psichiatriche Massimale	diretta	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
G.6 Logopedia figli minorenni Massimale	diretta	100,00 euro
	rimborso	100%
	Ticket	max. 20,00 euro a seduta
	Ticket	100%
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia) G.7.1 Bambini (0-11 non compiuti)- Visite ed accertamenti diagnostici Massimale	diretta	10.000,00 euro anno/figli
	rimborso	100%
	Ticket	max. 36,00 euro per visita e per fattura
	Ticket	100%
G.7.2 Bambini (0-11 non compiuti)- Esami di laboratorio Massimale	diretta	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura
	rimborso	100%
	Ticket	max. 36,00 euro a fattura
	Ticket	100%
G.7.3 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Visite ed accertamenti diagnostici		



Massimale		max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno 10.000,00 euro anno/figli
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita e per fattura
	Ticket	100%
G.7.4 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%
G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici		
Massimale		550,00 euro
	rimborso	max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.9 Cure termali		
Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	Ticket	100%
Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	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, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.

*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



Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100609 Metasalute

PIANO INTEGRATIVO D

Massimali*/somme assicurate -
scoperti/franchigie/massimi
indennizzabili

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale	
<p>A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso/S.S.N.</p> <p>Sub-massimale intervento ricostruttivo post mastectomia</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">Diretta</p> <p style="text-align: right;">Rimborso</p> <p style="text-align: right;">Ticket</p> <p>Pre/Post</p> <p>Trasporto di primo soccorso</p> <p>Retta di degenza dell'accompagnatore</p>	<p style="text-align: center;">con eccezione di quelli previsti dai § D e G</p> <p style="text-align: center;">Illimitato</p> <p style="text-align: center;">18.000,00 euro per interventi ordinari</p> <p style="text-align: center;">22.500,00 euro per interventi complessi</p> <p style="text-align: center;">45.000,00 euro per trapianti</p> <p style="text-align: center;">8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"</p> <p style="text-align: center;">4.000,00 euro una tantum a triennio (2021-2023) per evento a mammella</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">gg. illimitati</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 15%</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 30%</p>
<p>A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)</p>	<p style="text-align: center;">100,00 euro al giorno max. 150 gg.</p>
<p>A.3 Diaria da gesso</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p style="text-align: center;">illimitato</p> <p style="text-align: center;">25,00 euro al giorno per ogni giorno di applicazione, max. 60 gg.</p>
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
<p>B.1 Alta Specializzazione</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso/S.S.N.</p>	<p style="text-align: center;">da elenco</p> <p style="text-align: center;">illimitato</p> <p style="text-align: center;">20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici</p>



Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% esami di alta diagnostica radiologica max. 75,00 euro per accertamento accertamenti alta specializzazione e terapie max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia
	Ticket	Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% max. 55,00 euro per visita
	Ticket	Scoperto 30%
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici		
Massimale		20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
Condizioni	Ticket	Scoperto 30%
B.4 Accertamenti diagnostici		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% max. 36,00 euro per fattura
	Ticket	Scoperto del 30%
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (l'indennità sostitutiva da parto cesareo rientra nel § A.2)		
- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO		Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
- 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.		
- 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 anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.		
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	100%
	Ticket	100%
- B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (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. 36,00 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 Ticket	Scoperto 30% 100%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
Condizioni	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
	diretta diretta domiciliare	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso
	rimborso Ticket	Scoperto 30%, max. 36,00 euro per prestazione 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 e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	3.500,00 euro 400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
Condizioni	diretta rimborso Ticket	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. Scoperto 35% Scoperto 25% 100%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 400,00 euro condiviso con Cure dentarie
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% Scoperto 25%, max. 75,00 euro anno/persona 100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione tartaro		Una volta l'anno.
Massimale		Illimitato



Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 120,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 60,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		<p>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 emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pede 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.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p>
Massimale		3.500,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 35%
	Ticket	100%

E. PREVENZIONE

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione dalla presente sezione 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, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 Prevenzione base		<p>esami del sangue [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 solo se espressamente richieste dal MMG], 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, ecotomografia addome superiore solo per esigenze motivate dal Medico di Medicina Generale (MMG), come da elenco. Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023). Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG.</p>
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20%
		Scoperto 20%
E.1.2 Sindrome metabolica		<p>L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online. 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</p>
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	diretta rimborso	Scoperto 20%
		Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		<p>Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita ginecologica + PAP TEST <p>Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)</p>



		<p>Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)</p> <p>Donne – tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita senologica • Mammografia <p>Donne – oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mammografia <p>Donne – senza limiti di età</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografia transvaginale solo se espressamente richiesta dal MMG <p>Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).</p>
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne – tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023)
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		<p>Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).</p> <p>Uomo – oltre i 21 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita cardiologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) solo se espressamente richiesta dal MMG <p>Uomo – oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo <p>Uomo – senza limite di età</p>



Massimale	Diretta Rimborso	- visita urologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia prostatica (Ecografia transrettale) solo se espressamente richiesta dal MMG
		Illimitato 80,00 euro a pacchetto
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 2021 potrà eseguirlo nel 2023), da elenco: <ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA (solo se espressamente richieste dal MMG)
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
		Scoperto 20% Scoperto 20%
Condizioni	diretta rimborso	

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		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 24% e 33%		7.000,00 euro
>33% e fino 66%		10.000,00 euro
>66% e fino 100%		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore al 80%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 80% e 90%		8.000,00 euro
tra 91% e 100%		10.000,00 euro

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in Day-Surgery o Day Hospital		da elenco. 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.
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	5.000,00 euro per evento
		2.500,00 euro per evento
Condizioni		



	diretta	Scoperto 30%
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto Massimale	Diretta/rimborso	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA)-tutte le tecniche Massimale	diretta	700,00 euro
	rimborso	500,00 euro
G.4 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.5 Visite psicologiche/psichiatriche Massimale	diretta	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
G.6 Logopedia figli minorenni Massimale	diretta	100,00 euro
	rimborso	100%
	Ticket	max. 20,00 euro a seduta 100%
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia) G.7.1 Bambini (0-11 non compiuti)- Visite ed accertamenti diagnostici Massimale	diretta	10.000,00 euro anno/figli
	rimborso	100%
	Ticket	max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%
G.7.2 Bambini (0-11 non compiuti)- Esami di laboratorio Massimale	diretta	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura
	rimborso	100%
	Ticket	max. 36,00 euro a fattura 100%
G.7.3 Adolescenti (11-18 non compiuti)- Visite ed accertamenti diagnostici		



Massimale		max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno 10.000,00 euro anno/figli
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita e per fattura
	Ticket	100%
G.7.4 Adolescenti (11-18 non compiuti)- Esami di laboratorio		5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura
Massimale		
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro a fattura
	Ticket	100%
G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici		550,00 euro
Massimale		
	rimborso	max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.9 Cure termali		
Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	Ticket	100%
Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	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, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.		

*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.



Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100609 Metasalute PIANO INTEGRATIVO E

Massimali*/somme assicurate -
scoperti/franchigie/massimi indennizzabili

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale	
<p>A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA) Massimale</p>	<p style="text-align: right;">con eccezione di quelli previsti dai § D e G</p> <p style="text-align: center;">illimitato</p> <p style="text-align: center;">18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"</p> <p style="text-align: center;">4.000,00 euro una tantum a triennio (2021-2023) per evento a mammella</p>
<p>Sub-massimale intervento ricostruttivo post mastectomia</p> <p>Condizioni</p>	<p style="text-align: center;">Diretta</p> <p>Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p style="text-align: center;">Rimborso</p> <p>Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p style="text-align: center;">Ticket</p> <p>100%</p>
<p>Pre/Post</p> <p>Trasporto di primo soccorso Retta di degenza dell'accompagnatore</p>	<p style="text-align: center;">gg. illimitati</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 15% Scoperto 15%</p>
<p>A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)</p>	<p style="text-align: center;">100,00 euro al giorno max. 150 gg.</p>
<p>A.3 Diaria da gesso Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p style="text-align: center;">illimitato</p> <p style="text-align: center;">25,00 euro al giorno per ogni giorno di applicazione, max. 60 gg.</p>
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
<p>B.1 Alta Specializzazione Massimale</p>	<p style="text-align: center;">da elenco</p> <p style="text-align: center;">illimitato</p>
<p style="text-align: right;">diretta rimborso/S.S.N.</p>	<p>20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici</p>



Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% esami di alta diagnostica radiologica max. 75,00 euro per accertamento accertamenti alta specializzazione e terapie max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia
	Ticket	Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% max. 55,00 euro per visita
	Ticket	Scoperto 30%
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici Massimale		20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
Condizioni	Ticket	Scoperto 30%
B.4 Accertamenti diagnostici Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% max. 36,00 euro per fattura
	Ticket	Scoperto 30%
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (l'indennità sostitutiva da parto cesareo rientra nel § A.2) - B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO - <i>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.</i> - <i>amniocentesi o villocentesi:</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione</i>• <i>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.</i> - B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE - <i>visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia</i> - <i>controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale</i> - <i>una visita anestesiologicala in caso di programmazione di</i>		Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).



<i>parto cesareo o di parto indolore.</i>		
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	100%
	Ticket	100%
<i>- B.5.3 Supporto psicologico post parto</i>		Entro 3 mesi dal parto (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. 36,00 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. 36,00 euro per prestazione
	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 e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta	3.500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
Condizioni	diretta	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.
	rimborso	Scoperto 35%
	Ticket	Scoperto 25%
		100%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		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. 80,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione tartaro		Una volta l'anno
Massimale		illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 150,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		illimitato
Condizioni		



	diretta	100%
	rimborso	max. 80,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		<p>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 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.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p>
Massimale		3.500,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 35%
	Ticket	100%
E. PREVENZIONE		
<p>Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione dalla presente sezione 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, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®□, avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.</p>		
E.1 PREVENZIONE BASE		
E.1.1 Prevenzione base		esami del sangue[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 solo se espressamente richieste dal MMG], 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, ecotomografia addome superiore solo per esigenze motivate dal Medico di Medicina Generale (MMG), come da elenco. Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023). Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG.
Massimale		illimitato
Condizioni	diretta rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Sindrome metabolica		L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online. 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 rimborso	illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		<p>Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne - oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne - tra 21 e 24 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita ginecologica + PAP TEST <p>Donne - oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)</p> <p>Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)</p> <p>Donne - tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita senologica • Mammografia <p>Donne - oltre i 50 anni - Mammografia</p> <p>Donne - senza limiti di età</p>



Massimale		- Ecografia transvaginale solo se espressamente richiesta dal MMG Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).
Condizioni	diretta rimborso	illimitato 80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne – tra 30 e 39 anni)		
Massimale		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023)
Condizioni	diretta rimborso	illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		
Massimale		Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023). Uomo – oltre i 21 anni - visita cardiologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) solo se espressamente richiesta dal MMG Uomo – oltre i 50 anni • PSA • 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 solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia prostatica (Ecografia transrettale) solo se espressamente richiesta dal MMG
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata		
		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del



(aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023):
		<ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA (solo se espressamente richieste dal MMG)
Massimale		illimitato
	diretta	50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	rimborso	
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
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 dell'INAIL		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 24% e 33%		7.000,00 euro
>33% e fino 66%		10.000,00 euro
>66% e fino 100%		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore al 80% (a fronte della sussistenza dei presupposti di cui al punto F.1)		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 80% e 90%		8.000,00 euro
tra 91% e 100%		10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in Day-Surgery o in Day Hospital		da elenco. 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.
Massimale		
	diretta	5.000,00 euro per evento
	rimborso/S.S.N.	2.500,00 euro per evento
Condizioni		
	diretta	Scoperto 30%
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto		
Massimale		
	Diretta/rimborso	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA)-tutte le tecniche		
Massimale		
	diretta	700,00 euro
	rimborso	500,00 euro
G.4 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.5 Visite psicologiche/psichiatriche Massimale		un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia
	diretta	350,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
G.6 Logopedia figli minorenni Massimale		100,00 euro
	diretta	100%
	rimborso	max. 20,00 euro a seduta
	Ticket	100%
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)		
G.7.1 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.7.2 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.7.3 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 anno/figli
	rimborso	100%
	Ticket	max. 36,00 euro per visita e per fattura
		100%
G.7.4 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%
G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici Massimale		750,00 euro
	rimborso	max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.9 Cure termali Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)		



Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	Ticket	100%
Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	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, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.		

**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.



Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100609 Metasalute

PIANO INTEGRATIVO F

Massimali*/somme assicurate - scoperti/franchigie/massimi indennizzabili

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale	
<p>A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>Sub-massimale intervento ricostruttivo post mastectomia</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">Diretta Rimborso</p> <p>Pre/Post</p> <p style="text-align: right;">Ticket</p> <p>Trasporto di primo soccorso</p> <p>Retta di degenza dell'accompagnatore</p>	<p>con eccezione di quelli previsti dai § D e G</p> <p>Illimitato</p> <p>18.000,00 euro per interventi ordinari</p> <p>22.500,00 euro per interventi complessi</p> <p>45.000,00 euro per trapianti</p> <p>8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"</p> <p>4.000,00 euro una tantum a triennio (2021-2023) per evento a mammella</p> <p>Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p>Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p>100%</p> <p>gg. illimitati</p> <p>100%</p> <p>100%</p>
<p>A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)</p>	<p>100,00 euro al giorno max. 150 gg.</p>
<p>A.3 Diaria da gesso</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>illimitato</p> <p>25,00 euro al giorno per ogni giorno di applicazione, max. 60 gg.</p>
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
<p>B.1 Alta Specializzazione</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso/S.S.N.</p>	<p>da elenco</p> <p>illimitato</p> <p>20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici</p>



Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% esami di alta diagnostica radiologica max. 75,00 euro per accertamento accertamenti alta specializzazione e terapie max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia
	Ticket	Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% max. 55,00 euro per visita
	Ticket	Scoperto 30%
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici		
Massimale		20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
Condizioni	Ticket	Scoperto 30%
B.4 Accertamenti diagnostici		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% max. 36,00 euro per fattura Scoperto 30%
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (l'indennità sostitutiva da parto cesareo rientra nel § A.2)		
- 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. - amniocentesi o villocentesi: <ul style="list-style-type: none">• 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.		Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
- 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 anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.		
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	100%
	Ticket	100%
- B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (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	550,00 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. 45,00 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 diretta domiciliare rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso Scoperto 30% max. 36,00 euro per prestazione 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 e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	3.500,00 euro 400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
Condizioni	diretta rimborso Ticket	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. Scoperto 35% Scoperto 25% 100%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 400,00 euro condiviso con Cure dentarie
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% Scoperto 25%, max. 80,00 euro anno/persona 100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione tartaro		Una volta l'anno.
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 200,00 euro anno/persona 100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		illimitato



Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	max. 80,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		<p>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 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.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p>
Massimale		3.500,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 35%
	Ticket	100%

E. PREVENZIONE

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione dalla presente sezione 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, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE



<p>E.1.1 Prevenzione base</p>	<p>esami del sangue[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 solo se espressamente richieste dal MMG], 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, ecotomografia addome superiore solo per esigenze motivate dal Medico di Medicina Generale (MMG), come da elenco. Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare.. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023). Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG.</p>
<p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>diretta rimborso</p> <p>illimitato 80,00 euro a pacchetto</p> <p>diretta rimborso</p> <p>Scoperto 20% Scoperto 20%</p>
<p>E.1.2 Sindrome metabolica</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online. 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</p> <p>diretta rimborso</p> <p>illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)</p> <p>diretta rimborso</p> <p>Scoperto 20% Scoperto 20%</p>
<p>E.2 PREVENZIONE DONNA</p>	
<p>E.2.1 Pacchetto Donna</p>	<p>Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita ginecologica + PAP TEST <p>Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)</p> <p>Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)</p> <p>Donne – tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita senologica • Mammografia



		<p>Donne – oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mammografia <p>Donne – senza limiti di età</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografia transvaginale solo se espressamente richiesta dal MMG <p>Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni dall' Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).</p>
Massimale	diretta	illimitato
Condizioni	rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne – tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l' Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l' avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023)
Massimale	diretta	illimitato
Condizioni	rimborso	50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		<p>Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall' Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).</p> <p>Uomo – oltre i 21 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita cardiologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) solo se espressamente richiesta dal MMG <p>Uomo – oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo <p>Uomo – senza limite di età</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita urologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia prostatica (Ecografia transrettale) solo se espressamente richiesta dal MMG
Massimale		



Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
	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 2021 potrà eseguirlo nel 2023)
Massimale		<ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA (solo se espressamente richieste dal MMG)
Condizioni	diretta rimborso	illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
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 dell'INAIL		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 24% e 33%		7.000,00 euro
>33% e fino 66%		10.000,00 euro
>66% e fino 100%		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore al 80% (a fronte della sussistenza dei presupposti di cui al punto F.1)		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 80% e 90%		8.000,00 euro
tra 91% e 100%		10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital		da elenco. 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.
Massimale		
	diretta	5.000,00 euro per evento
	rimborso/S.S.N.	2.500,00 euro per evento
Condizioni		
	diretta	Scoperto 30%
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto		
Massimale	Diretta/rimborso	150,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare



G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA)-tutte le tecniche Massimale		
	diretta	700,00 euro
	rimborso	500,00 euro
G.4 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.5 Visite psicologiche/psichiatriche Massimale		un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia
	diretta	350,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
G.6 Logopedia figli minorenni Massimale		100,00 euro
	diretta	100%
	rimborso	max. 20,00 euro a seduta
	Ticket	100%
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia o bulimia) G.7.1 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.7.2 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.7.3 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 anno/figli
	rimborso	100%
	Ticket	max. 36,00 euro per visita e per fattura
		100%
G.7.4 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%
G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici		
Massimale		750,00 euro
	rimborso	max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.9 Cure termali		
Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	Ticket	100%
Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	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 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, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.		

***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.



ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE	
Cardiochirurgia, e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 18.000,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 18.000,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 18.000,00
Trapianto cardiaco	€ 45.000,00
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti complessi o complicati	€ 18.000,00
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti singoli non complicati	€ 18.000,00
Bypass aortocoronarico a cuore battente	€ 18.000,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso (esclusi gli interventi eseguiti in cardiologia interventistica)	€ 18.000,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 18.000,00
Tiroidectomia totale con eventuale linfadenectomia (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 18.000,00
Esofago	
Esofagectomia totale ed esofagectomia sub-totale	€ 18.000,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 18.000,00
Fegato	
Derivazioni biliodigestive	€ 18.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 18.000,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 18.000,00
Interventi per echinococchi	€ 18.000,00
Colecistectomia anche per via endoscopica	€ 18.000,00
Interventi sulla papilla di Vater	€ 18.000,00
Re-interventi sulle vie biliari	€ 18.000,00
Resezioni epatiche	€ 18.000,00
Trapianto di fegato	€ 45.000,00
Interventi su polmone - bronchi - trachea	
Interventi per fistole bronchiali	€ 18.000,00
Pleuropneumectomia	€ 22.500,00
Pneumectomia	€ 18.000,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 22.500,00
Resezioni segmentarie e lobectomia	€ 18.000,00
Timectomia per via toracica	€ 18.000,00
Trapianto di polmone	€ 45.000,00
Tumori della trachea	€ 22.500,00
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 18.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpatiectomia dorsale toracoscopica, simpaticotomia, neurocompressione del simpatico toracico (o simpaticofrassi o clamping).	€ 18.000,00
Simpatiectomia lombare	€ 18.000,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 18.000,00
Colectomie parziali	€ 18.000,00
Sigmoidostomia compreso eventuale intervento di chiusura stomia	€ 18.000,00
Nervi periferici	
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 18.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 18.000,00
Neurochirurgia	
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 22.500,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Apertura di ascesso cerebrale	€ 18.000,00



Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 18.000,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	€ 22.500,00
Asportazione tumori dell'orbita	€ 18.000,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 18.000,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 18.000,00
Cordotomia e mielotomia percutanea	€ 18.000,00
Cranioplastica	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 18.000,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 18.000,00
Emisferectomia	€ 22.500,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 22.500,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 18.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore (impianto di neuromodulatore) o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 22.500,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 18.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 18.000,00
Intervento per encefalomeningocele	€ 18.000,00
Interventi neurochirurgici per ablazione foci epilettogeni	€ 18.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 18.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 18.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 18.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 18.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 18.000,00
Radiochirurgia stereotassica intracranica	€ 18.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Spondilolistesi (dal II grado e radiologicamente documentata)	€ 18.000,00
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari	€ 18.000,00
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 22.500,00
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 18.000,00
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 18.000,00
Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite acuta	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 18.000,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreatiche	€ 18.000,00
Splenectomia	€ 18.000,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 18.000,00
Retto - Ano	
Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 18.000,00
Operazione per megacolon	€ 18.000,00
Proctocolectomia totale	€ 18.000,00



Proctocolectomia totale, se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 18.000,00
Stomaco, duodeno	
Plastica anti reflusso (laparotomica o laparoscopica, non endoscopica)	€ 18.000,00
Gastroectomia se allargata	€ 18.000,00
Gastroectomia totale	€ 18.000,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 18.000,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 18.000,00
Resezione gastrica	€ 18.000,00
Resezione gastroduodenale per ulcera peptica post-operatoria	€ 18.000,00
Sutura di perforazioni gastriche e duodenali	€ 18.000,00
Torace - parete toracica	
Correzioni di malformazioni parietali	€ 18.000,00
Resezione costali	€ 18.000,00
Toracotomia esplorativa	€ 18.000,00
CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE	
Labioschisi bilaterale	€ 18.000,00
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 18.000,00
Palatoschisi totale	€ 18.000,00
Plastiche per paralisi facciali, anastomosi nervosa da strutture nervose controlaterali o il lembo di muscolo temporale, EMIL procedure (Endoscopically assisted Multiple muscle transposition and Lift)	€ 18.000,00
Push-bach e faringoplastica	€ 18.000,00
Ricostruzione della emimandibola	€ 18.000,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 18.000,00
Riduzione frattura orbitaria	€ 18.000,00
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 18.000,00
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 18.000,00
CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)	
Arti	
Malformazioni complesse delle mani (es: sindattilia, polidattilia) per tempo operatorio	€ 18.000,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 18.000,00
Ricostruzione del pollice	€ 18.000,00
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 18.000,00
Cranio - faccia e collo	
Gravi e vaste mutilazioni del viso (gravità: interessamento di occhi bocca e naso; vastità: interessamento di più di 1/3 del volto)	€ 22.500,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 18.000,00
Torace e addome	
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 18.000,00
Malformazione della gabbia toracica (escluse le malformazioni asintomatiche, come ad esempio il pectus excavatum asintomatico)	€ 18.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 18.000,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 22.500,00
Ricostruzione vaginale	€ 18.000,00
CHIRURGIA VASCOLARE	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 18.000,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 18.000,00
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 18.000,00
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 18.000,00
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 18.000,00



Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 18.000,00
Interventi per innesti di vasi	€ 18.000,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 18.000,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 18.000,00
Legatura vena cava inferiore	€ 18.000,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 18.000,00
Sutura arterie periferiche	€ 18.000,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 18.000,00
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti (con dettaglio fotografico)	€ 18.000,00
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 18.000,00
GINECOLOGIA	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	€ 18.000,00
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	€ 18.000,00
LARINGE - TRACHEA - BRONCHI - ESOFAGO	
Collo (vedere anche chirurgia generale)	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 18.000,00
Asportazione di fistole congenite	€ 18.000,00
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 18.000,00
Esofagotomia cervicale	€ 18.000,00
Legatura di grossi vasi	€ 18.000,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 18.000,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 18.000,00
Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 18.000,00
Interventi per paralisi degli abduuttori	€ 18.000,00
Laringectomia parziale	€ 18.000,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 18.000,00
Laringectomia sopraglottica	€ 18.000,00
Laringectomia totale	€ 18.000,00
Laringofaringectomia	€ 18.000,00
OCULISTICA	
Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 18.000,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 18.000,00
Operazione di Kroenlein od orbitomia	€ 18.000,00
Odontocheratoprotesi	€ 18.000,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	€ 18.000,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
Artroprotesi di anca	€ 22.500,00
Artroprotesi di ginocchio	€ 18.000,00
Artroprotesi di gomito	€ 18.000,00
Emipelvectomia	€ 18.000,00
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 22.500,00
Protesi totale per displasia d'anca	€ 22.500,00
OSTETRICIA	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 18.000,00
OTORINOLARINGOIATRIA	



Cavo orale e faringe	
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale	€ 18.000,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 18.000,00
Tumori parafaringei	€ 18.000,00
Ghiandole salivari	
Parotidectomia totale con o senza preparazione del facciale	€ 18.000,00
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 18.000,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 18.000,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 18.000,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 18.000,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 18.000,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 18.000,00
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 18.000,00
Distruzione del labirinto	€ 18.000,00
Neurinoma del VIII paio	€ 22.500,00
Sezione del nervo cocleare	€ 18.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 18.000,00
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 18.000,00
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 18.000,00
UROLOGIA	
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 18.000,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 18.000,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare	€ 18.000,00
Orchidopessi bilaterale	€ 18.000,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 18.000,00
Rene	
Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-ureterale	€ 18.000,00
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 22.500,00
Nefrectomia parziale	€ 18.000,00
Nefrectomia semplice	€ 18.000,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 18.000,00
Nefroureterectomia totale	€ 22.500,00
Pielotomia	€ 18.000,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 18.000,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 18.000,00
Trapianto renale	€ 22.500,00
Surrene	
Surrenalectomia	€ 18.000,00
Uretere	
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con psiozzazione vescicole	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 18.000,00
Ureteroplastica	€ 18.000,00
Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale	€ 18.000,00
Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 18.000,00
Uretrectomia	€ 18.000,00



Vescica	
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder	€ 22.500,00
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale	€ 18.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi	€ 18.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia	€ 18.000,00
Diverticolectomia con U.C.N. (uretero-cisto-neostomia)	€ 18.000,00
Emitrignectomia	€ 18.000,00
Ileo bladder	€ 18.000,00
Ileo e\o colonicistoplastiche	€ 18.000,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 18.000,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 18.000,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 18.000,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 18.000,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 22.500,00

INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L' "INFORMATIVA") E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Regolamento sulla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (di seguito il "Regolamento") contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. La presente Informativa ne recepisce le previsioni.

SEZIONE 1 - IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., con sede legale in Via A. Lazzari n.5, 30174 Venezia – Mestre (VE), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche la "Società" o il "Titolare") tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le finalità indicate nella Sezione 3. Per ulteriori informazioni può visitare il sito Internet di Intesa Sanpaolo RBM Salute www.intesasampaolorbmsalute.com e, in particolare, la sezione "Privacy" con tutte le informazioni concernenti l'utilizzo ed il trattamento dei Dati Personali.

SEZIONE 2 - DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Intesa Sanpaolo RBM Salute ha nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "*Data Protection Officer*" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 7 della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail: privacy@intesasampaolorbmsalute.com

SEZIONE 3 - CATEGORIE DEI DATI PERSONALI, FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Categorie di Dati Personali

I Dati Personali che la Società tratta sono dati anagrafici, dati di contatto, dati relativi al nucleo familiare, dati di polizza, dati relativi ad eventuali sinistri che La riguardano, dati bancari per la liquidazione dei sinistri, altri dati personali da Lei forniti, nonché dati classificati dall'art. 9.1 del Regolamento come "categorie particolari", quali:

- a) dati relativi allo stato di salute;
- b) dati riportati in prescrizioni e referti medici, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici;
- c) dati relativi alle prestazioni assicurative effettuate a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Inoltre, nell'ambito della gestione di eventuali reclami e contenziosi, potranno essere trattati dati multimediali (es. registrazioni delle telefonate intercorse).

Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che la riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi¹ (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

¹ Ad esempio, intermediari assicurativi, contraenti di polizze collettive o individuali in cui lei risulti assicurato, eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, di trasferimento della posizione



a) Erogazione di servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per fornirLe i servizi e/o prodotti previsti dagli eventuali contratti assicurativi di cui è parte o da misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (tra cui lavorazione delle richieste di rimborso delle prestazioni effettuate, accertamenti amministrativi e controlli sanitari, liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e in convenzione diretta).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

In relazione a tale finalità, il trattamento di dati particolari (tra cui dati idonei a rilevare le Sue condizioni di salute e dati relativi alla prestazione sanitaria ricevuta) potrà essere effettuato solo con il suo consenso, il cui rifiuto può comportare l'impossibilità per la Società di adempiere a quanto richiesto (art. 6.1 lett. a) del Regolamento).

b) Comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra l'Interessato e il Titolare e avvisi

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per favorire l'eventuale invio di avvisi e comunicazioni tra Lei ed e il Titolare, sempre nell'ambito dell'esecuzione di eventuali contratti assicurativi. Il conferimento di tali dati (es. indirizzo di posta elettronica o numero di telefono) sarà facoltativo.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per consentirLe la registrazione all' "Area riservata" del sito internet del Titolare e/o l'accesso direttamente tramite le App per dispositivi mobili (FeelUp e Citrus). Tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite (anche tramite notifiche push, qualora attivate, potranno essere inviate informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, estratti conto dei sinistri).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite Area riservata o App dal suo smartphone nell'ambito dell'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

d) Adempimento agli obblighi di legge connessi all'esecuzione dei contratti assicurativi

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione di contratti assicurativi di cui Lei sia parte, tra cui prescrizioni della normativa antiterrorismo, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi, per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso) oppure, infine, per la verifica della conformità aziendale a leggi e regolamenti nazionali e sovranazionali.

previdenziale, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze dell'Ordine e altri soggetti pubblici

I suoi dati potranno inoltre essere trattati per la gestione di eventuali reclami (ricezione del reclamo, trattazione, registrazione all'interno di apposito Registro, predisposizione della risposta ed invio della stessa).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per adempiere ad obblighi di legge.

e) Estensione della polizza assicurativa a favore di altri Assicurati

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati e quelli di suoi familiari verranno trattati al fine estendere la copertura assicurativa a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto.

In tale contesto potrebbe essere richiesto il conferimento di categorie particolari di dati (dati idonei a rivelare lo stato di salute, referti medici, ecc.) relativi a Lei o a Suoi familiari. Tale conferimento è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma i dati forniti potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

f) Sviluppo del Business e gestione del rischio assicurativo della Società

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per sviluppare il Business e gestire il rischio della Società. I suoi dati potranno altresì essere trasmessi all'interno del Gruppo imprenditoriale per finalità amministrative. Inoltre, il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario al fine di:

- gestire eventuali contenziosi;
- perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi, tra cui la verifica dei reclami su base statistica e la registrazione delle telefonate con Lei intercorse. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati è effettuato in base al legittimo interesse del Titolare (art. 6.1 lett. f) del Regolamento.

SEZIONE 4 - CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI PERSONALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

a) Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.

b) Soggetti Terzi (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:

- Previmedical S.p.A.;
- Società di mutuo soccorso;
- Compagnie di assicurazione e Broker;
- Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
- Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
- Fondi o casse sanitarie;
- Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
- Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
- Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;
- Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/organizzativa);
- Istituti bancari

- c) **Autorità** (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc...) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

Le Società ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso o 4) incaricati da parte del Titolare come soggetti autorizzati al trattamento di tali dati.

Il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati, e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento ex art. 28 del Regolamento.

SEZIONE 5 - TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE FUORI DALL'UNIONE EUROPEA

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

SEZIONE 6 - MODALITÀ DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I Suoi Dati Personali sono conservati, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui lei è parte; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo. I Dati Personali potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo email privacy@intesasnpaolorbmsalute.com. Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa.

Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese dalla Società, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente. Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, la Società potrà addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

1. Diritto di accesso

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 305.208.000,00 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

Lei potrà ottenere dalla Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati etc.

Qualora i Dati Personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, Lei ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate relative al trasferimento. Se richiesto, la Società Le potrà fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie la Società potrà addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalla Società in un formato elettronico di uso comune.

2. Diritto di rettifica

Lei potrà ottenere dalla Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.

3. Diritto di cancellazione

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali, se sussiste uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, qualora i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il consenso su cui si basa il trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento.

La informiamo che la Società non potrà procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali: qualora il loro trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

4. Diritto di limitazione di trattamento

Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio: a fronte di una Sua contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali oggetto di trattamento o qualora i Suoi Dati Personali le siano necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento.

5. Diritto alla portabilità dei dati

Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà:

- richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet);
- trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società.

Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalla Società direttamente ad un altro soggetto titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò sia tecnicamente fattibile per la Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.

6. Diritto di opposizione

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione).

Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.

7. Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali

Fatto salvo il Suo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente.

SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui dati relativi allo stato di salute e alla prestazione sanitaria ricevuta), utilizzati esclusivamente per l'attività assicurativa e liquidativa che la riguarda (es. lavorazione delle richieste di rimborso dei controlli sanitari effettuati), è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza di consenso.

ⁱ Ultimo aggiornamento 22 gennaio 2021

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
Tel. +39 041 2518798
info@intesasanpaolorbmsalute.com
comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Capitale Sociale € 305.208.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F. e n. Iscrizione Registro Imprese di Treviso-Belluno 05796440963, Partita Iva 11991500015, Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).