



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

mètaSalute

FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

GUIDA INFORMATIVA

Convenzione n. 100609 - FI 2503
Edizione 12/2021 con effetto dal 01/01/2022

INDICE

SEZIONE I	5
1. PROCEDURA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI - REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA	8
A. PRIMA DELLA PRESTAZIONE	8
B. ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA	15
C. ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA PER PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	15
D. LA PRENOTAZIONE	16
E. CENTRALE OPERATIVA NON ATTIVATA	16
F. DOPO LA PRESTAZIONE	16
2. PROCEDURA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI - REGIME A RIMBORSO	17
3. SERVIZI AGGIUNTIVI	22
1. DIAGNOSI COMPARATIVA	22
2. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE	22
3. CONSULENZA MEDICA	22
4. GUARDIA MEDICA PERMANENTE	23
5. SECOND OPINION	24
6. SECOND OPINION INTERNAZIONALE	24
7. TUTORING	25
8. CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO	25
9. INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO	25
10. COLLABORATORE FAMILIARE	25
11. SPESA A DOMICILIO	26
12. SERVIZIO PRENOTAZIONE TAXI	26
13. ORGANIZZAZIONE TRASPORTO AMBULANZA	26
14. RIMPATRIO SALMA	27
15. INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO	27
16. INVIO DI UN INFERMIERE O FISIOTERAPISTA A DOMICILIO	27
17. CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE	28

INDICE

SEZIONE II	29
1. PRESTAZIONI ASSICURATE	29
A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO	30
ALLEGATO. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	35
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	44
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE - PACCHETTO MATERNITÀ	52
C. FISIOTERAPIA	57
D. ODONTOIATRIA	68
E. PREVENZIONE	80
F. INVALIDITÀ PERMANENTE	90
G. ALTRE PRESTAZIONI	97
H. PRESTAZIONI SOCIALI	107
ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI	111

I contenuti di questa Guida hanno carattere puramente riassuntivo ed esemplificativo di quanto riportato nel documento denominato "Condizioni di assicurazione", che regola le prestazioni assicurative erogate da Intesa Sanpaolo RBM Salute per dare esecuzione ai Piani Sanitari. Qualsiasi pretesa che gli assicurati avanzino nei confronti della Compagnia dovrà fondarsi esclusivamente sulle previsioni contenute nelle Condizioni di assicurazione. In caso di eventuale contrasto tra quanto scritto in questa Guida e quanto riportato nelle Condizioni di assicurazione, vale sempre e solo quanto riportato all'interno delle Condizioni di assicurazione.

SEZIONE I

La presente guida descrive le procedure operative che gli Iscritti dovranno seguire per accedere alle prestazioni garantite dal Fondo Metasalute.

Le prestazioni sono garantite attraverso **i seguenti regimi di erogazione:**

A. ASSISTENZA SANITARIA DIRETTA

È riconosciuta agli Iscritti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile al Fondo Metasalute da Previmedical S.p.A. (Società specializzata incaricata della gestione del Network), con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Iscritto il quale, pertanto, **non dovrà anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e marca da bollo** (*quest'ultima non dovuta se il documento contabile ha un importo totale inferiore a 77,47 euro - soglia in vigore al momento della redazione della Guida*) che rimangono a suo carico.

B. ASSISTENZA SANITARIA RIMBORSUALE

È riconosciuto agli Iscritti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate è obbligatorio attivare il regime di assistenza sanitaria diretta. Qualora l'Iscritto non provveda ad attivare il regime di assistenza diretta, la prestazione effettuata non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.

Tale obbligo è operativo anche nel caso in cui la struttura convenzionata appartenga al SSN, nell'ipotesi di richiesta di accesso a prestazioni erogate in regime di intramoenia.

Tale obbligo non è operativo nel caso in cui, pur accedendo ad una struttura appartenente al Network Sanitario reso disponibile al Fondo Metasalute da Previmedical S.p.A., per conto di Intesa Sanpaolo RBM Salute, la sola prestazione sanitaria eseguita o il medico non siano convenzionati.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnicosportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N. e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento (si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso), nei termini e per i casi previsti dal Piano Sanitario.

Nel caso in cui venissero effettuate prestazioni sanitarie a fronte della sola indicazione di un generico dolore, ovvero algia, quale, ad esempio: cervicalgia, dorsalgia, lombalgia, rachialgia, gonalgia, coxalgia, epigastralgia, addominalgia, non sarà possibile procedere all'autorizzazione alla prestazione diretta o rimborsuale in quanto il termine medico "algia" indica un dolore localizzato o sintomo e non identifica una condizione patologica.

Tutti i sintomi dolorosi localizzati (algia) garantiranno l'operatività della copertura solo se accompagnati da opportuno sospetto diagnostico. Fanno eccezione alcune specifiche condizioni che indicano specificatamente una condizione di franca patologia, come ad es.: Precordialgia, Pubalgia, Fibromialgia, Toracoalgia, Nevralgia del Trigemino, poliamialgia".

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario siano eseguiti da medico o da – 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) o da 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, salvi ulteriori requisiti di legge.

NOTA BENE: DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE TRA DUE ANNUALITÀ

Le prestazioni sanitarie collegate a VoucherSalute® richiesti in una determinata annualità saranno liquidate secondo i massimali e le procedure previste dalla polizza in essere nell'anno in cui viene erogata la prestazione sanitaria.

Se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questo caso è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere la fine della copertura.

Esempio: se le prestazioni 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.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet **www.fondometasalute.it**

Inoltre, sempre dal sito del Fondo Metasalute **www.fondometasalute.it**, previa autenticazione, si accede all'Area Riservata agli iscritti dove è possibile:

- a. consultare l'elenco delle strutture** convenzionate e dei medici convenzionati;
- b. compilare la richiesta di rimborso** (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. G).

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Iscritti ai quali all'atto della registrazione sono state rilasciate login e password.

Segnaliamo altresì che attraverso il pulsante "assicurazione" è possibile accedere all'Area Riservata di Intesa Sanpaolo RBM Salute e usufruire anche del servizio "Vedi la tua pratica".

Tale servizio, attraverso un sistema di messaggistica telefonica (SMS) consente di essere costantemente aggiornati sulle seguenti attività:

- a. avvenuta ricezione** da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b. avvenuta predisposizione** dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- c. eventuale reiezione** per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § III, lett. I., "VEDI LA TUA PRATICA®".

1.

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.**

MODIFICA STRUTTURA CONVENZIONATA: PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E FISIOTERAPICHE

Nel caso in cui, successivamente alla "prima visita odontoiatrica e/o di igiene orale" o successivamente alla prima seduta fisioterapica, l'Iscritto dovesse decidere di cambiare struttura convenzionata, dovrà:

- per le **prestazioni odontoiatriche**: inserire all'interno della propria area riservata la richiesta di un VoucherSalute® per "visita orale" selezionando una diversa struttura convenzionata tra quelle presenti nel Network.
- per le **prestazioni fisioterapiche**: richiedere al proprio medico di famiglia una nuova prescrizione medica indicante la patologia sospetta o accertata e il ciclo di cure fisioterapiche da sostenere e inserire all'interno della propria area riservata la richiesta di un VoucherSalute® per "fisioterapia" selezionando una diversa struttura convenzionata tra quelle presenti nel Network.

Per le prestazioni odontoiatriche la richiesta di emissione del Voucher per le prestazioni successive alla prima visita orale deve essere inoltrata di volta in volta dalla struttura convenzionata.

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 nel Capitolo "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** 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"** in caso di 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 di seguito 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 ortopantomiche	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 ortopantomiche	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 ortopantomica post prestazione (ortopantomica 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 ortopantomiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopantomiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	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 courettage gengivale.	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche
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 VoucherSalute.

Esempio:

VoucherSalute® 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 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.

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 (di seguito, 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'ottico¹,...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti, superamento di massimali).

¹ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

2.

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 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'ottico².
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);

² D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, in caso di, ove previsti dai Piani Sanitari, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi simili, 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**:
 - **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata;
 - indicazione del **titolo** professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione;
- **per le prestazioni dentarie**, che devono essere presentate dopo l'avvenuta prestazione:
 - per conservativa endodontica (ad esempio una carie), cure odontoiatriche e protesi dentarie (per es. splintaggio, molaggio, placca di svincolo, 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 Famiglia³
 - d) **(eventuale) per l'accertamento del Nucleo familiare monoreddito**:
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia⁴
- 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.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

INTESA SANPAOLO RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
presso PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni (Rif. Fondo Metasalute)
Via Enrico Forlanini 24 - 31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

^{3/4} 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

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.

3.

SERVIZI AGGIUNTIVI

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 meninee
- 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 meninee
- 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.



Piano Sanitario Base

PRESTAZIONI OSPEDALIERE



A.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE



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)

PRE-RICOVERO

Gli esami, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/ infortunio che ha reso necessario il ricovero.

DURANTE IL RICOVERO

- Gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico e risultante dal referto operatorio;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotetici o terapeutici applicati durante l'intervento necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- 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 e 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.

POST 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.

MODALITÀ ASSISTENZA RICOVERO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	scoperto 15% della spesa	illimitato (sempre esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici)
Forma mista, solo per RICOVERI PUNTO A (struttura convenzionata ed equipe non convenzionata)	scoperto 15% della spesa	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.
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale		• 18.000,00 euro Interventi Chirurgici ordinari • 22.500,00 euro Interventi Chirurgici complessi • 45.000,00 euro Trapianti
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	scoperto 30%	

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.

RETTE 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 e 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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica, con indicato l'intervento da effettuare e il quesito diagnostico o la patologia.
- B.** Per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero 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.
- C.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- D.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali
- B.** Copia cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.
- C.** Dettagliata relazione medica che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale

N.B. 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.



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

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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE L'INDENNITÀ

Copia cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O. in caso di Ricovero anche in Day Hospital.

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

STRUTTURA CONVENZIONATA IN REGIME DIRETTO



- Richiedi l'emissione del **VoucherSalute®** che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni di calendario dalla richiesta.
- Ottenuto il **VoucherSalute®** fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher.
- Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



CENTRALE OPERATIVA
800.99.18.15



COME FARE PER RICEVERE L'INDENNITÀ?

RICHIESTA DI RIMBORSO E RICHIESTA DI INDENNITÀ



Entro 2 anni dalla data del documento di spesa o dalla data di dimissione in caso di indennità da ricovero per intervento, presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica, patologia e cartella clinica) e copia dei documenti di spesa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



FORMA CARTACEA
(compila il modulo
e invia copia della
documentazione)

ALLEGATO

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE

CARDIOCHIRURGIA E CHIRURGIA TORACICA

Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	18.000,00 euro
Fistole arterovenose polmonari	18.000,00 euro
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	18.000,00 euro
Trapianto cardiaco	45.000,00 euro
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti complessi o complicati	18.000,00 euro
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti singoli non complicati	18.000,00 euro
Bypass aortocoronarico a cuore battente	18.000,00 euro
Tutti gli interventi: a cuore chiuso (esclusi gli interventi eseguiti in cardiologia interventistica)	18.000,00 euro

COLLO

Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	18.000,00 euro
Tiroidectomia totale con eventuale linfadenectomia (chirurgica o con radioiodio terapia)	18.000,00 euro

ESOFAGO

Esofagectomia totale ed esofagectomia sub-totale	18.000,00 euro
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	18.000,00 euro

FEGATO

Derivazioni biliodigestive	18.000,00 euro
Drenaggio di ascesso epatico	18.000,00 euro
Interventi chirurgici per ipertensione portale	18.000,00 euro
Interventi per echinococchi	18.000,00 euro
Colecistectomia anche per via endoscopica	18.000,00 euro
Interventi sulla papilla di Vater	18.000,00 euro
Papillotomia per via transduodenale	18.000,00 euro
Re-interventi sulle vie biliari	18.000,00 euro
Resezioni epatiche	18.000,00 euro
Trapianto di fegato	45.000,00 euro

INTERVENTI SU POLMONE - BRONCHI - TRACHEA

Interventi per fistole bronchiali	18.000,00 euro
Pleuropneumectomia	22.500,00 euro
Pneumectomia	18.000,00 euro
Resezione bronchiale con reimpianto	22.500,00 euro
Resezioni segmentarie e lobectomia	18.000,00 euro
Timectomia per via toracica	18.000,00 euro
Trapianto di polmone	45.000,00 euro
Tumori della trachea	22.500,00 euro

INTERVENTI SUL MEDIASTINO

Interventi per tumori	18.000,00 euro
-----------------------	----------------

INTERVENTI SUL SISTEMA NERVOSO SIMPATICO

Simpaticectomia dorsale toracoscopica, simpaticotomia, neurocompressione del simpatico toracico (o simpaticofrassi o clamping)	18.000,00 euro
Simpaticectomia lombare	18.000,00 euro

INTESTINO

Colectomia totale	18.000,00 euro
Colectomie parziali	18.000,00 euro
Sigmoidostomia compreso eventuale intervento di chiusura stomia	18.000,00 euro

NERVI PERIFERICI

Asportazione tumori dei nervi periferici	18.000,00 euro
Interventi sul plesso brachiale	18.000,00 euro

NEUROCHIRURGIA

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	22.500,00 euro
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	18.000,00 euro
Apertura di ascesso cerebrale	18.000,00 euro
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	18.000,00 euro
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	22.500,00 euro
Asportazione tumori dell'orbita	18.000,00 euro
Asportazione tumori ossei della volta cranica	18.000,00 euro
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	18.000,00 euro
Cordotomia e mielotomia percutanea	18.000,00 euro
Cranioplastica	18.000,00 euro
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	18.000,00 euro
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	18.000,00 euro
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	18.000,00 euro
Emisferectomia	22.500,00 euro
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	22.500,00 euro

Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	18.000,00 euro
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	18.000,00 euro
Interventi endorachidei per terapia del dolore (impianto di neuromodulatore) o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	22.500,00 euro
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	18.000,00 euro
Interventi per traumi cranio cerebrali	18.000,00 euro
Interventi per traumi vertebro-midollari	18.000,00 euro
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	18.000,00 euro
Intervento per craniostenosi	18.000,00 euro
Intervento per encefalomeningocele	18.000,00 euro
Interventi neurochirurgici per ablazione foci epilettogeni	18.000,00 euro
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	18.000,00 euro
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	18.000,00 euro
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	18.000,00 euro
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	18.000,00 euro
Radiochirurgia gammaknife	18.000,00 euro
Radiochirurgia stereotassica intracranica	18.000,00 euro
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	18.000,00 euro
Spondilolistesi (dal II grado e radiologicamente documentata)	18.000,00 euro
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili	18.000,00 euro
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	22.500,00 euro
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	18.000,00 euro
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	18.000,00 euro
PANCREAS - MILZA	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	18.000,00 euro
Interventi per neoplasie pancreatiche	18.000,00 euro
Interventi per pancreatite acuta	18.000,00 euro
Interventi per pancreatite cronica	18.000,00 euro
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticata	18.000,00 euro
Splenectomia	18.000,00 euro
PERITONEO	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	18.000,00 euro

RETTO - ANO

Interventi per neoplasie del retto - ano	18.000,00 euro
Operazione per megacolon	18.000,00 euro
Proctocolectomia totale	18.000,00 euro
Proctocolectomia totale, se per via addominoperineale, in uno o in più tempi	18.000,00 euro

STOMACO, DUODENO

Plastica anti reflusso (laparotomica o laparoscopica, non endoscopica)	18.000,00 euro
Gastroectomia se allargata	18.000,00 euro
Gastroectomia totale	18.000,00 euro
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	18.000,00 euro
Mega-esofago e esofagite da reflusso	18.000,00 euro
Resezione gastrica	18.000,00 euro
Resezione gastroduodenale per ulcera peptica post-operatoria	18.000,00 euro
Sutura di perforazioni gastriche e duodenali	18.000,00 euro

TORACE - PARETE TORACICA

Correzioni di malformazioni parietali	18.000,00 euro
Resezione costali	18.000,00 euro
Toracotomia esplorativa	18.000,00 euro

CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE

Labioschisi bilaterale	18.000,00 euro
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	18.000,00 euro
Palatoschisi totale	18.000,00 euro
Plastiche per paralisi facciali, anastomosi nervosa da strutture nervose controlaterali o il lembo di muscolo temporale, EMTL procedure (Endoscopically assisted Multiple muscle transposition and Lift)	18.000,00 euro
Push-bach e faringoplastica	18.000,00 euro
Ricostruzione della emimandibola	18.000,00 euro
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	18.000,00 euro
Riduzione frattura orbitaria	18.000,00 euro
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	18.000,00 euro
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	18.000,00 euro

CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)

ARTI

Malformazioni complesse delle mani (es: sindattilia, polidattilia) per tempo operatorio	18.000,00 euro
Reimpianto microchirurgico del dito	18.000,00 euro
Ricostruzione del pollice	18.000,00 euro
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	18.000,00 euro

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 euro
Labioalveoloschisi bilaterale	18.000,00 euro

TORACE E ADDOME

Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	18.000,00 euro
Malformazione della gabbia toracica (escluse le malformazioni asintomatiche, come ad esempio il pectus excavatum asintomatico)	18.000,00 euro
Plastica per ipospadia ed epispadia	18.000,00 euro
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	22.500,00 euro
Ricostruzione vaginale	18.000,00 euro

CHIRURGIA VASCOLARE

Anastomosi mesenterica-cava	18.000,00 euro
Anastomosi porta-cava e splenorenale	18.000,00 euro
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	18.000,00 euro
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	18.000,00 euro
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	18.000,00 euro
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	18.000,00 euro
Interventi per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	18.000,00 euro
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	18.000,00 euro
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	18.000,00 euro
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	18.000,00 euro
Interventi per aneurismi e aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	18.000,00 euro
Interventi per innesti di vasi	18.000,00 euro
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	18.000,00 euro
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	18.000,00 euro

Legatura vena cava inferiore	18.000,00 euro
Resezione arteriosa con plastica vasale	18.000,00 euro
Sutura arterie periferiche	18.000,00 euro
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	18.000,00 euro
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti (con dettaglio fotografico)	18.000,00 euro
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	18.000,00 euro
Trombectomia venosa periferica cava	18.000,00 euro
Trombectomia venosa periferica iliaca	18.000,00 euro

GINECOLOGIA

Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	18.000,00 euro
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	18.000,00 euro

LARINGE – TRACHEA – BRONCHI – ESOFAGO

COLLO (vedere anche chirurgia generale)

Asportazione di diverticolo esofageo	18.000,00 euro
Asportazione di fistole congenite	18.000,00 euro
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	18.000,00 euro
Esofagotomia cervicale	18.000,00 euro
Legatura di grossi vasi	18.000,00 euro
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	18.000,00 euro
Svuotamento laterocervicale bilaterale	18.000,00 euro

LARINGE

Cordectomia per via tirotomica	18.000,00 euro
Interventi per paralisi degli abduttori	18.000,00 euro
Laringectomia parziale	18.000,00 euro
Laringectomia ricostruttiva	18.000,00 euro
Laringectomia sopraglottica	18.000,00 euro
Laringectomia totale	18.000,00 euro
Laringofaringectomia	18.000,00 euro

OCULISTICA

BULBO OCULARE

Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	18.000,00 euro
---	-----------------------

ORBITA

Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	18.000,00 euro
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	18.000,00 euro
Odontocheratoprotesi	18.000,00 euro
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario e ospedaliero)	18.000,00 euro

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Artroprotesi di anca	22.500,00 euro
Artroprotesi di ginocchio	18.000,00 euro
Artroprotesi di gomito	18.000,00 euro
Emipelvectomy	18.000,00 euro
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	22.500,00 euro
Protesi totale per displasia d'anca	22.500,00 euro

OSTETRICIA

Laparotomia per gravidanza extrauterina	18.000,00 euro
---	-----------------------

OTORINOLARINGOIATRIA

CAVO ORALE E FARINGE

Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale	18.000,00 euro
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	18.000,00 euro
Tumori parafaringei	18.000,00 euro

GHIANDOLE SALIVARI

Parotidectomia totale con o senza preparazione del facciale	18.000,00 euro
---	----------------

ORECCHIO ESTERNO

Atresia auris congenita: ricostruzione	18.000,00 euro
--	----------------

ORECCHIO MEDIO ED INTERNO

Anastomosi e trapianti nervosi	18.000,00 euro
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	18.000,00 euro
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	18.000,00 euro
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	18.000,00 euro
Chirurgia del sacco endolinfatico	18.000,00 euro
Chirurgia della Sindrome di Mènière	18.000,00 euro
Distruzione del labirinto	18.000,00 euro
Neurinoma del VIII paio	22.500,00 euro
Sezione del nervo cocleare	18.000,00 euro
Sezione del nervo vestibolare	18.000,00 euro
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	18.000,00 euro
Trattamento delle petrositi suppurate	18.000,00 euro

UROLOGIA

APPARATO GENITALE MASCHILE

Amputazione totale del pene	18.000,00 euro
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	18.000,00 euro
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	18.000,00 euro
Orchidopessi bilaterale	18.000,00 euro
Orchiectomia allargata per tumore	18.000,00 euro
Orchifunculectomia per via inguinale	18.000,00 euro

RENE

Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-uretale	18.000,00 euro
Lombotomia per ascessi pararenali	18.000,00 euro
Nefrectomia allargata per tumore	18.000,00 euro
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	22.500,00 euro
Nefrectomia parziale	18.000,00 euro
Nefrectomia semplice	18.000,00 euro
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	18.000,00 euro
Nefroureterectomia totale	22.500,00 euro
Pielotomia	18.000,00 euro
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	18.000,00 euro
Resezione renale con clampaggio vascolare	18.000,00 euro
Trapianto renale	22.500,00 euro

SURRENE

Surrenalectomia	18.000,00 euro
-----------------	----------------

URETERE

Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	18.000,00 euro
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	18.000,00 euro
Ureterocistoneostomia con psiozzazione vescicole	18.000,00 euro
Ureterocistoneostomia monolaterale	18.000,00 euro
Ureteroplastica	18.000,00 euro
Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale	18.000,00 euro

URETRA

Plastiche di ricostruzione per ipospadia	18.000,00 euro
Uretrectomia	18.000,00 euro

VESCICA

Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder	22.500,00 euro
Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale	18.000,00 euro
Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi	18.000,00 euro
Cistoprostatovesicolectomia con ureterosigmoidostomia	18.000,00 euro
Diverticolectomia con U.C.N. (uretero-cisto-neostomia)	18.000,00 euro
Emitrignonectomia	18.000,00 euro
Ileo bladder	18.000,00 euro
Ileo e/o coloncistoplastiche	18.000,00 euro
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	18.000,00 euro
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	18.000,00 euro
Riparazione di fistola vescico intestinale	18.000,00 euro
Riparazione fistole vescico vaginali	18.000,00 euro
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	22.500,00 euro



Piano Sanitario Base

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

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. ALTA SPECIALIZZAZIONE (si veda elenco prestazioni)	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	scoperto 30% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo 55,00 euro per accertamento o ciclo di terapia	20.000,00 euro per anno/nucleo, condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.

N.B. 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.



B.2.

VISITE SPECIALISTICHE

QUALI VISITE SONO PREVISTE

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. VISITE SPECIALISTICHE	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	scoperto 30% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo 55,00 euro per visita	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"
Ticket/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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.
- Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.

N.B. 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.



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. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	CONDIZIONI	MASSIMALE
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia del ticket, se il documento di spesa non specifica il regime di erogazione e il dettaglio delle prestazioni eseguite, è necessario presentare il certificato di prenotazione o accettazione.
- B.** Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.



B.4.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

B.4. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (tutti gli accertamenti non previsti dall'Alta Specializzazione)	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	scoperto 30% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo 36,00 euro a fattura	20.000,00 euro anno/nucleo, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.2 Visite Specialistiche" e "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici"
Ticket/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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.

N.B. 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.

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

STRUTTURA CONVENZIONATA IN REGIME DIRETTO



- Richiedi l'emissione del **VoucherSalute®** che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni di calendario dalla richiesta.
- Ottenuto il **VoucherSalute®** fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher.
- Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



CENTRALE OPERATIVA
800.99.18.15



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

STRUTTURA NON CONVENZIONATA IN REGIME RIMBORSUALE, TICKET E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



Entro 2 anni dalla data del documento di spesa presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica e patologia) e copia dei documenti di spesa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



FORMA CARTACEA
(compila il modulo
e invia copia della
documentazione)



Piano Sanitario Base

**PRESTAZIONI
EXTRAOSPEDALIERE**

**PACCHETTO
MATERNITÀ**



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE



B.5.

PACCHETTO MATERNITÀ

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

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.5.2 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 anestesilogica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

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

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Massimo di **3 visite psicologiche entro 3 mesi** dal parto (avvenuto nell'anno di copertura).

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	Franchigie/Scoperti non previsti	700,00 euro anno/nucleo, per evento gravidanza condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale		
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	Franchigie/Scoperti non previsti	700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio"
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale		
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	Franchigie/Scoperti non previsti	Illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	Rimborso massimo di 36,00 euro per visita	
Ticket/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.		

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica.
- B.** Copia del certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta di parto.
- C.** 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.
- D.** Amniocentesi o villocentesi: per le donne di meno di 35 anni anche prescrizione medica con indicazione della familiarità per malformazioni in parenti di primo grado o indicazione della patologia sospetta della madre o del feto.
Per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione
- E.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- F.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica.
- B.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- C.** Copia del certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta di parto.
- D.** 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.
- E.** Amniocentesi o villocentesi: per le donne di meno di 35 anni anche prescrizione medica con indicazione della familiarità per malformazioni in parenti di primo grado o indicazione della patologia sospetta della madre o del feto.
Per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione
- F.** Per supporto psicologico post-parto: anche prescrizione medica con indicazione della patologia.

N.B. 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.

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

STRUTTURA CONVENZIONATA IN REGIME DIRETTO



- Richiedi l'emissione del **VoucherSalute®** che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni di calendario dalla richiesta.
- Ottenuto il **VoucherSalute®** fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher.
- Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



CENTRALE OPERATIVA
800.99.18.15



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

STRUTTURA NON CONVENZIONATA IN REGIME RIMBORSUALE, TICKET E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



Entro 2 anni dalla data del documento di spesa presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica e patologia) e copia dei documenti di spesa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



FORMA CARTACEA
(compila il modulo
e invia copia della
documentazione)



Piano Sanitario Base

FISIOTERAPIA





C.1.

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

QUALI TERAPIE SONO PREVISTE

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. - A SEGUITO DI INFORTUNIO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 30% della spesa	500,00 euro per anno/nucleo familiare
Assistenza Diretta domiciliare	scoperto 30% più franchigia di 20,00 euro ad accesso	
Regime rimborsuale	scoperto del 30% e fino a 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta	250,00 euro per anno/nucleo familiare
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.

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

- medico specialista;
- 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);
- 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).

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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
(La Compagnia si riserva di richiedere documentazione medica aggiuntiva, come la scala di Vas, al fine di valutare che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi siano tesi al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio).
- B.** Certificato di 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.
- C.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® della prima seduta fisioterapica indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte. Le sedute fisioterapiche successive alla prima dovranno essere richieste dall'Assistito alla struttura convenzionata prescelta, la quale farà attivare i VoucherSalute® restanti fino al completamento del ciclo di cura indicato nella prescrizione medica.
- D.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
(La Compagnia si riserva di richiedere documentazione medica aggiuntiva, come la scala di Vas, al fine di valutare che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi siano tesi al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio).
- C.** Certificato di 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.
- D.** Indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).

N.B. 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.



C.2.

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

QUALI TERAPIE SONO PREVISTE

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. - A SEGUITO DI INTERVENTO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 30% della spesa	500,00 euro per anno/nucleo familiare
Assistenza Diretta domiciliare	scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso	
Regime rimborsuale	scoperto 30% della spesa	250,00 euro per anno/nucleo familiare
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

N.B. i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

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.

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

- medico specialista;
- 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);
- 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).

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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
(La Compagnia si riserva di richiedere documentazione medica aggiuntiva, come la scala di Vas, al fine di valutare che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi siano tesi al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio).
- B.** Copia della lettera di dimissioni ospedaliera.
- C.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® della prima seduta fisioterapica indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte. Le sedute fisioterapiche successive alla prima dovranno essere richieste dall'Assistito alla struttura convenzionata prescelta la quale farà attivare i VoucherSalute® restanti fino al completamento del ciclo di cura indicato nella prescrizione medica.
- D.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Copia prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
(La Compagnia si riserva di richiedere documentazione medica aggiuntiva, come la scala di Vas, al fine di valutare che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi siano tesi al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio).
- C.** Copia della lettera di dimissioni ospedaliera.
- D.** Indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).

N.B. 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.



C.3.

**FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA,
CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE
CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA
A SEGUITO DI MALATTIA**

QUALI TERAPIE SONO PREVISTE

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. - A SEGUITO DI MALATTIA	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 30% della spesa	500,00 euro per anno/nucleo familiare
Assistenza Diretta domiciliare	scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso	
Regime rimborsuale	scoperto del 30% e fino 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta	250,00 euro per anno/nucleo familiare
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.

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

- medico specialista;
- 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);
- 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).

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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
(La Compagnia si riserva di richiedere documentazione medica aggiuntiva, come la scala di Vas, al fine di valutare che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi siano tesi al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio).
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® della prima seduta fisioterapica indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
Le sedute fisioterapiche successive alla prima dovranno essere richieste dall'Assistito alla struttura convenzionata prescelta la quale farà attivare i VoucherSalute® restanti fino al completamento del ciclo di cura indicato nella prescrizione medica.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Copia prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
(La Compagnia si riserva di richiedere documentazione medica aggiuntiva, come la scala di Vas, al fine di valutare che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi siano tesi al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio).
- C.** Indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).

N.B. 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.

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

STRUTTURA CONVENZIONATA IN REGIME DIRETTO



- Richiedi l'emissione del **VoucherSalute®** che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni di calendario dalla richiesta.
- Ottenuto il **VoucherSalute®** fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher.
- Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e **Apple store**



CENTRALE OPERATIVA
800.99.18.15



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

STRUTTURA NON CONVENZIONATA IN REGIME RIMBORSUALE, TICKET E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



Entro 2 anni dalla data del documento di spesa presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica e patologia) e copia dei documenti di spesa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e **Apple store**



FORMA CARTACEA
(compila il modulo
e invia copia della
documentazione)



Piano Sanitario Base

ODONTOIATRIA



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

**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.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 35%	3.500,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale	scoperto 25%	il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale"
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	



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.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 25% e massimo 45,00 euro anno/persona	il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	

N.B. È riconosciuta all'Assicurato la possibilità di eseguire la seduta di igiene orale anche in assenza di visita odontoiatrica: non è necessaria l'indicazione in fattura del riferimento sia alla visita odontoiatrica che alla seduta di igiene orale, ma è sufficiente l'indicazione anche soltanto dell'"igiene orale" per il riconoscimento dell'indennizzo.



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.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	
Regime rimborsuale	massimo 45,00 euro anno/persona	Illimitato
Rimborso del Ticket per il tramite dell'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.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	Illimitato
Regime rimborsuale	- non sono previsti franchigie e scoperti - massimo 40,00 euro anno per singolo dente - massimo 2 denti a persona	
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	



D.5.

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, senza franchigie o scoperti, 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.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 35%	
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	3.500,00 euro per anno/nucleo familiare

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

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 riportata di seguito:

N.B. 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.



	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 ortopantomiche	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 ortopantomiche	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 ortopantomica post prestazione (ortopantomica 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 ortopantomiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopantomiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	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 ortopantomiche
DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data, nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

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.

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).

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

STRUTTURA CONVENZIONATA IN REGIME DIRETTO



- Richiedi l'emissione del **VoucherSalute®** che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni di calendario dalla richiesta.
- Ottenuto il **VoucherSalute®** fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher.
- Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

STRUTTURA NON CONVENZIONATA IN REGIME RIMBORSUALE, TICKET E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



Entro 2 anni dalla data del documento di spesa presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica e patologia) e copia dei documenti di spesa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



FORMA CARTACEA
(compila il modulo
e invia copia della
documentazione)



Piano Sanitario Base

PREVENZIONE



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE


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 chiedere 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 (ovvero copertura al 100%). 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.

E.1.1 PREVENZIONE BASE	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	80,00 euro a pacchetto

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.1.2 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.

E.1.2 SINDROME METABOLICA	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	massimale 25,00 euro a pacchetto, elevato a 50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata

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.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 PACCHETTO DONNA	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	80,00 euro a pacchetto

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	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	36,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna

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 PACCHETTO UOMO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	80,00 euro a pacchetto

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	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta		Illimitato
Regime rimborsuale	scoperto 20%	50,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

CONDIZIONI

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

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Ogni pacchetto prevenzione del protocollo adulti è usufruibile da un solo componente del nucleo familiare.
- B.** Copia della prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG).
- C.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- D.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.
- E.** Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il network, è necessario chiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture, notule, ricevute.
- B.** Copia della prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG) (compresa quella elettronica)

N.B. 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.

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

**STRUTTURA
CONVENZIONATA
IN REGIME DIRETTO**



- Richiedi l'emissione del **VoucherSalute®** che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni di calendario dalla richiesta.
- Ottenuto il **VoucherSalute®** fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher.
- Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

**STRUTTURA NON
CONVENZIONATA
IN REGIME
RIMBORSUALE,
TICKET
E SERVIZIO
SANITARIO
NAZIONALE**



Entro 2 anni dalla data del documento di spesa presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica e patologia) e copia dei documenti di spesa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



FORMA CARTACEA
(compila il modulo
e invia copia della
documentazione)

Piano Sanitario Base

INVALIDITÀ PERMANENTE

(per patologie o infortuni
insorti anche prima
dell'attivazione della
copertura sanitaria)



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE


F.
INVALIDITÀ PERMANENTE
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.

**F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE 24% - 33%
(DA MALATTIA O INFORTUNIO)**

CONDIZIONI / MASSIMALE

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.

Massimale – **7.000,00 euro**

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.

**F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE > 33% - 66%
(DA MALATTIA O INFORTUNIO)**

CONDIZIONI / MASSIMALE

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.

Massimale – **10.000,00 euro**

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 e 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.

**F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE > 66% - 100%
(DA MALATTIA O INFORTUNIO)**
CONDIZIONI / MASSIMALE

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.

Massimale – **15.000,00 euro**

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.

F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE 80% - 90% (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

CONDIZIONI / MASSIMALE

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.

Massimale – **8.000,00 euro**

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 i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

**F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE 91% - 100%
(DA MALATTIA O INFORTUNIO)**
CONDIZIONI / MASSIMALE

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.

Massimale – **10.000,00 euro**

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica con indicata la patologia.
- B.** Copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente.
- C.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- D.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.
- E.** Contattare la Centrale Operativa (ove non previsto VoucherSalute®)

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali.
- B.** Copia prescrizione medica con indicata la patologia.
- C.** Per le prestazioni di fisioterapia: indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).
- D.** Copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente.

N.B. 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.



Piano Sanitario Base

**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.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 30%	limite di spesa annuo 5.000,00 euro per evento
Regime rimborsuale		
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%	limite di spesa annuo 2.500,00 euro per evento

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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica, con indicato l'intervento da effettuare e il quesito diagnostico o la patologia.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRETTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali.
- B.** Copia cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.
- C.** Dettagliata relazione medica che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale.

N.B. 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.



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.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a nucleo familiare
Regime rimborsuale		

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Copia del certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta il difetto visivo, in caso di acquisto lenti.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture, notule, ricevute.
- B.** Copia del certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta il difetto visivo, in caso di acquisto lenti.
- C.** Certificato di conformità delle lenti.
- D.** 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).

N.B. 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.



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.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	700,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale		500,00 euro anno/nucleo familiare

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- Prescrizione medica con indicazione della patologia.
- Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- Copia fatture e/o ricevute fiscali.
- Copia cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.

N.B. 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.



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 imposte¹.

COSA SERVE PER CHIEDERE L'INDENNITÀ

Certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21

¹ Art. 6, comma 2, del TUIR - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).



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.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	350,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale	rimborso senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita	250,00 euro anno/nucleo familiare
Rimborso del Ticket per il tramite dell'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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- Prescrizione medica con indicazione della patologia.
- Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- Copia prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.

N.B. 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.


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.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	
Regime rimborsuale	rimborso senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta	100,00 euro anno/nucleo familiare
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE
FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Prescrizione medica con indicazione della patologia.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO
FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
- B.** Copia prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata e indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/ specialista che ha effettuato la prestazione.

N.B. 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.

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

STRUTTURA CONVENZIONATA IN REGIME DIRETTO



- Richiedi l'emissione del **VoucherSalute®** che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni di calendario dalla richiesta.
- Ottenuto il **VoucherSalute®** fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher.
- Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



CENTRALE OPERATIVA
800.99.18.15



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

STRUTTURA NON CONVENZIONATA IN REGIME RIMBORSUALE, TICKET E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



Entro 2 anni dalla data di documento di spesa presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica e patologia) e copia dei documenti di spesa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e Apple store



FORMA CARTACEA
(compila il modulo
e invia copia della
documentazione)



Piano Sanitario Base

PRESTAZIONI SOCIALI



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%:

- 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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE L'INDENNITÀ

- 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 Famiglia.*
- D. (Eventuale) per l'accertamento del Nucleo familiare monoreddito:**
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia.*

* 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

COME FARE PER RICEVERE L'INDENNITÀ?

RICHIESTA DI INDENNITÀ



Entro 2 anni dalla data di documento di spesa presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica e patologia) e copia dei documenti di spesa.



AREA RISERVATA
www.fondometasalute.it



APP GRATUITA
GooglePlay e **Apple store**



FORMA CARTACEA
(compila il modulo
e invia copia della
documentazione)

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'Isritto
- 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 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.