

## GUIDA BREVE

### Piano Flexible Benefit

## GARANZIA PRESTAZIONE EXTRAOSPEDALIERE

- Alta specializzazione
- Visite specialistiche
- Accertamenti diagnostici



## B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

### B.1 - Alta Specializzazione

(come da elenco presente nella polizza Metasalute)

Garanzia prevista solo in regime rimborsuale

Intesa Sanpaolo Protezione integra le somme rimaste a carico dell'assicurato a seguito della liquidazione avvenuta in base all'applicazione delle condizioni previste dal Piano Sanitario Base, MS1, MS2, MS3 e MS4 del Fondo Metasalute (di seguito, "Piano di 1° rischio").

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Assistenza Diretta

Integrazione del 75% della somma rimasta a carico dell'Assicurato (scoperto applicato dal Piano di 1° rischio)

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in regime rimborsuale

Integrazione della somma rimasta a carico fino a un massimo di 50,00 euro per prestazione

### B.2 - Visite Specialistiche

(Visite specialistiche eseguite in presenza di patologia presunta o accertata)

Garanzia prevista solo in regime rimborsuale

Intesa Sanpaolo Protezione integra le somme rimaste a carico dell'assicurato a seguito della liquidazione avvenuta in base all'applicazione delle condizioni previste dal Piano Sanitario Base, MS1, MS2, MS3 e MS4 del Fondo Metasalute (di seguito, "Piano di 1° rischio")

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Assistenza Diretta

Integrazione della somma rimasta a carico fino a un massimo di € 35,00 per visita (franchigia rimasta a carico dal 1° rischio)

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Regime rimborsuale

Integrazione della somma rimasta a carico fino a un massimo di € 50,00 per visita

### B.3 - Accertamenti Diagnostici

(tutti gli accertamenti non previsti dall'Alta Specializzazione)

Garanzia prevista solo in regime rimborsuale

Intesa Sanpaolo Protezione integra le somme rimaste a carico dell'assicurato a seguito della liquidazione avvenuta in base all'applicazione delle condizioni previste dal Piano Sanitario Base, MS1, MS2, MS3 e MS4 del Fondo Metasalute (di seguito, "Piano di 1° rischio")

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Assistenza Diretta

Integrazione del 75% della somma rimasta a carico dell'Assicurato (scoperto applicato dal Piano di 1° rischio)

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Regime rimborsuale

Integrazione della somma rimasta a carico fino a un massimo di 30,00 euro per prestazione

## ESEMPI

### CASO A

#### PIANO BASE Metasalute

- Massimale max. 5 prestazioni per nucleo familiare: senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare
- Costo della visita ortopedica € 65,00
  - Franchigia per forma diretta piano sanitario Metasalute € 45,00
  - Rimborso in forma diretta ottenuto € 20,00.

#### COPERTURA INTEGRATIVA

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €35,00

- Importo rimasto a carico dell'assicurato dopo la liquidazione a 1° rischio € 45,00 (franchigia)
- Rimborso € 35,00, ulteriori rispetto al rimborso di € 20,00 ricevuto in forma diretta per il PIANO BASE Metasalute.

## ESEMPI

### CASO B

#### PIANO BASE Metasalute

Massimale max. 5 prestazioni per nucleo familiare: senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

- Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00
- Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €30,00
- Nessuno scoperto/franchigia
- Rimborso € 30,00.

#### COPERTURA INTEGRATIVA

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €30,00

- Importo rimasto a carico dell'assicurato dopo la liquidazione a 1° rischio € 160,00 (190€-30€)
- Rimborso € 30,00, ulteriori rispetto al rimborso di € 30,00 ricevuto per il PIANO BASE

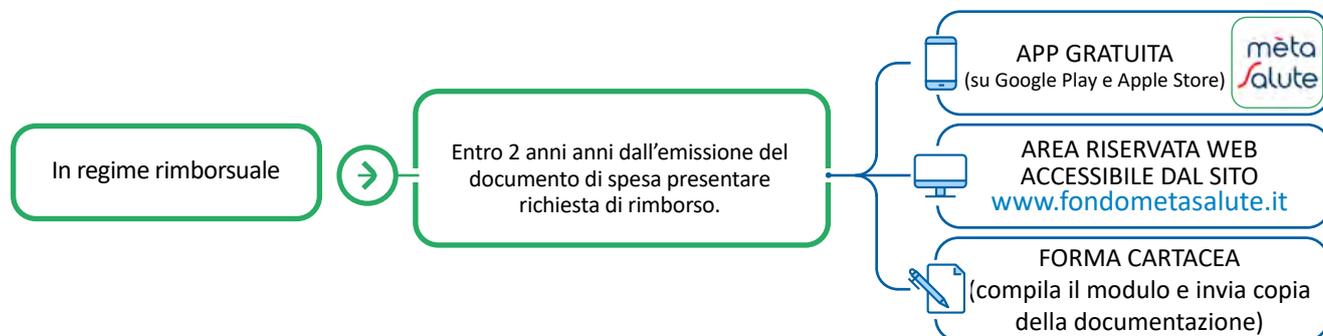
#### ● QUALE DOCUMENTAZIONE SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO?

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

#### ● COME INSERIRE CORRETTAMENTE UNA RICHIESTA DI RIMBORSO?

- A.** Nel caso in cui si sia usufruito di una prestazione a primo rischio (richiesta con i piani sanitari 2024-2026) in assistenza diretta, con attivazione di un vouchersalute, si potrà inoltrare la richiesta di rimborso della somma rimasta a carico dell'Assicurato. Alla richiesta è necessario allegare copia della fattura rilasciata dalla struttura convenzionata e autodichiarazione con l'indicazione del numero di voucher.
- B.** Nel caso di fruizione della prestazione con successiva richiesta di rimborso, inserendo un'unica pratica saranno indennizzate sia la copertura a primo rischio (dei piani sanitari 2024-2026) che la copertura Flexible Benefit senza la necessità di inoltrarne una ulteriore.

#### ● COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



La invitiamo a prendere visione dell'Estratto del Contratto di Assicurazione presente al sito [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it). Si precisa che il presente documento intende essere una Guida operativa di sintesi che non sostituisce le condizioni di polizza di cui l'assistito deve prendere visione.