



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

mètaSalute

FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

GUIDA INFORMATIVA

Convenzione n. 100609, FI 1534 edizione 04/2021

INDICE

SEZIONE I	5
1. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA	8
A. PRIMA DELLA PRESTAZIONE	8
B. CASI DI URGENZA MEDICO/SANITARIA (URGENZE)	14
C. LA PRENOTAZIONE	15
D. MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA	15
E. DOPO L'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE	15
F. ESEMPI DI RICHIESTA DI EMISSIONE DEL VOUCHERSALUTE® PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	16
2. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE	20
PROCEDURA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI - REGIME A RIMBORSO	20
3. SERVIZI AGGIUNTIVI	27
1. DIAGNOSI COMPARATIVA	27
2. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE	27
3. CONSULENZA MEDICA	28
4. GUARDIA MEDICA PERMANENTE	29
5. SECOND OPINION	29
6. SECOND OPINION INTERNAZIONALE	29
7. TUTORING	30
8. CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO	30
9. INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO	30
10. COLLABORATORE FAMILIARE	31
11. SPESA A DOMICILIO	31
12. SERVIZIO PRENOTAZIONE TAXI	31
13. ORGANIZZAZIONE TRASPORTO AMBULANZA	32
14. RIMPATRIO SALMA	32
15. INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO	32
16. INVIO DI UN INFERMIERE O FISIOTERAPISTA A DOMICILIO	32
17. CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE	33
18. ULTERIORI SERVIZI A DISPOSIZIONE	34

INDICE

SEZIONE II	35
1. PRESTAZIONI ASSICURATE	35
A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE	35
ALLEGATO 2. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	43
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	52
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE - PACCHETTO MATERNITÀ	58
C. FISIOTERAPIA	65
D. ODONTOIATRIA	73
E. PREVENZIONE	86
F. INVALIDITÀ PERMANENTE	100
G. ALTRE PRESTAZIONI	109
H. PRESTAZIONI SOCIALI	119
I. CONTO SALUTE	126

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 - soglia in vigore al momento della redazione della Guida*) che rimangono a suo carico.

SI RICORDA CHE IN CASO DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA, L'ISCRITTO **NON DOVRÀ** ANTICIPARE ALCUNA SOMMA ALLA STRUTTURA SANITARIA E/O MEDICO CONVEZIONATO FATTA ECCEZIONE PER EVENTUALI FRANCHIGIE E/O SCOPERTI PREVISTI DAL PROPRIO PIANO SANITARIO DI RIFERIMENTO.

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.

Esempio: Qualora l'Isritto abbia richiesto un VoucherSalute® a dicembre 2021 e, in base alla disponibilità dell'agenda della struttura sanitaria, la prestazione venisse erogata a gennaio 2022, sarà indennizzata a valere su massimale previsto per l'annualità 2022 (per ogni dettaglio consulta le Condizioni di Assicurazione).

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®".

*Infine, è data l'opportunità agli Iscritti, qualora avessero interesse per un medico e/o una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale nominativo/ente, **affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento**. A tal fine la candidatura può essere inviata, anche a cura della struttura sanitaria medesima, a Previmedical tramite il modulo di richiesta, disponibile sul sito www.previmedical.it cliccando **"Richiedi una Convenzione"***

1.

LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

A. PRIMA DELLA PRESTAZIONE

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Isritto dovrà preventivamente richiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale Operativa (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno).

Per le **prestazioni odontoiatriche**, l'Isritto dovrà attivare esclusivamente il VoucherSalute® relativo alla "prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale". I VoucherSalute® relativi a eventuali sedute successive alla prima visita saranno attivati direttamente dallo studio odontoiatrico convenzionato prescelto.

Per le **prestazioni fisioterapiche**, l'Isritto dovrà attivare esclusivamente il VoucherSalute® relativo alla prima seduta. I VoucherSalute® relativi alle sedute fisioterapiche successive alla prima saranno attivati direttamente dalla struttura fisioterapica convenzionata prescelta fino al completamento del ciclo indicato nella prescrizione medica.

Nel caso in cui, successivamente alla "prima visita odontoiatrica e/o di igiene orale" o successivamente alla prima seduta fisioterapica, l'Isritto 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.

La Centrale Operativa, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, rilascia all'Isritto un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria. Qualora vengano richieste integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni viene quindi a decorrere dal giorno di ricezione della documentazione completa. Il VoucherSalute® contiene evidenza delle eventuali spese che rimangono a carico dall'Isritto (a titolo esemplificativo: franchigie, scoperti).

Il rilascio del VoucherSalute® può essere richiesto attraverso i canali di seguito indicati:

- **app mobile**
- **portale web** (accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.fondometasalute.it, cliccare la voce "Assicurazione" - sezione "Richiesta VoucherSalute®")
- **numeri telefonici dedicati** (per prestazioni diverse rispetto a quelle previste nei Capitoli "Prevenzione" e "Odontoiatria" delle Condizioni di Assicurazione per le quali rimane confermata la seguente previsione "relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network Previmedical, è necessario richiedere l'autorizzazione **mediante rilascio del VoucherSalute®** esclusivamente attraverso l'Area Riservata web"):
800.99.18.15 da telefono fisso e cellulare (numero verde);
+39 0422.17.44.299 per chiamate dall'estero.

L'Iscritto dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- a. cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;**
- b. recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;**
- c. prestazione da effettuare;**
- d. diagnosi/quesito diagnostico.**

L'Iscritto potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria Area Riservata o alla app mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Compatibilmente con le disponibilità territoriali, saranno individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative (nel caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire l'impegno all'effettuazione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

L'Iscritto potrà confermare una delle strutture convenzionate proposte o, in alternativa, potrà individuarne una diversa; in quest'ultimo caso **non è garantita da parte della Centrale Operativa l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.**

Con riferimento alle prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come per esempio l'Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico) o nell'ipotesi in cui sia prossima la scadenza della copertura assicurativa (ad esempio per cessazione dell'attività lavorativa), si ricorda all'Iscritto di richiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che residuano rispettivamente al raggiungimento del limite previsto dalla garanzia o alla cessazione della copertura (ad esempio se l'Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico potesse essere eseguita fino al 30 novembre e il VoucherSalute® fosse rilasciato il giorno 10 Novembre, quest'ultimo avrà validità di 20 giorni ai fini della esecuzione delle prestazioni). Nel caso in cui l'Iscritto non si attivasse per tempo si ricorda che non è garantita l'esecuzione della prestazione in tempi inferiori a 30 giorni e pertanto potrebbe non essere operante la copertura. 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 VoucherSalute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Nel caso in cui il pacchetto di prevenzione non sia erogabile per intero in alcuna struttura del Network, Intesa

Sanpaolo RBM Salute autorizza le singole prestazioni previste dal pacchetto, anche presso più strutture sanitarie convenzionate, con impegno, ove possibile, a rispettare il limite di 30 km dalla residenza del Titolare caponucleo. In merito all'attivazione del pagamento diretto per le prestazioni di Odontoiatria, qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento delle prestazioni Odontoiatriche si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni odontoiatriche in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione delle prestazioni.

L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione. Ai fini dell'applicazione dell'agevolazione chilometrica sopra indicata sarà necessario attivare il pagamento diretto dei pacchetti di prevenzione attraverso il sito www.fondometasalute.it

L'iscritto **dovrà trasmettere alla Centrale Operativa - tramite portale web o app mobile o a mezzo e-mail (solo in risposta all'email automatica trasmessa dalla centrale operativa a seguito dell'apertura telefonica del VocucherSalute) - la seguente documentazione:**

- **prescrizione/certificato medico** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia sospetta o accertata per la quale è richiesta la prestazione specificata. Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione sanitaria (ad esclusione della prevenzione terziaria § E.6 e degli eventuali screening di secondo livello previsti dalla garanzia "monitoraggio delle patologie tiroidee" § E.7.3) e in caso di prevenzione odontoiatrica (visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale).**

È necessaria la prescrizione del medico di base per: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche.

Per le prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: la prescrizione 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.**

Per le prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero dalle terapie e dalle analisi di laboratorio, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendo anche la trasmissione della stessa in tale fase.

- **copia del tesserino "esenzione 048"** in caso di prestazioni oncologiche di follow-up;
- **in caso di infortunio anche:**
 - a. 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.**

Non sono ammessi:

- infortuni che derivano dalla pratica sportiva professionale;
- infortuni che derivano dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti;

- b. qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale** - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - **l'iscritto è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- c. 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;
- 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. certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta il difetto visivo e la modifica del visus, in caso di acquisto lenti. Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti. Per la rottura delle lenti/montatura è richiesta anche la foto e la dichiarazione dell'ottico che attesta la rottura delle lenti/montatura già oggetto di indennizzo da parte della copertura. Per lo smarrimento/furto degli occhiali è richiesta anche la copia della denuncia emessa dalla competente Autorità Giudiziaria;
- f. per invalidità permanente (§ F):** copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente;
- g. per il Consulto nutrizionale e la dieta personalizzata (prestazione sociale):** apposito modulo reperibile in Area riservata, con cui si prende atto che la richiesta 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;
- h. 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.

La Centrale Operativa verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'iscritto (inclusione in copertura al momento della richiesta).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica trasmessa (o comunicata telefonicamente per le prestazioni diverse dal Ricovero se la lettura è stata ritenuta sufficiente dalla Centrale Operativa) dall'Isritto (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Isritto, i massimali residui, ecc.).

La Centrale Operativa, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa (Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.) della richiesta avanzata, **entro 7 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta completa di emissione, trasmette il VoucherSalute® a mezzo e-mail o sms** all'Assicurato e contestualmente anche alla Struttura Convenzionata individuata.

All'atto della richiesta della prestazione sanitaria l'Isritto dovrà indicare la modalità di ricezione tra sms o e-mail del VoucherSalute®. Qualora l'Isritto non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione del VoucherSalute® la e-mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della e-mail 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'Isritto non possieda uno smartphone potrà ugualmente utilizzare il VoucherSalute® poiché nel corpo del testo del messaggio (sms o e-mail) 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.

Come anticipato, la scadenza del periodo di validità del VoucherSalute® è fissata in 30 giorni dalla data di emissione dello stesso.

Nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'Isritto potrà richiederne il rinnovo immediato entro un massimo di 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza (l'Isritto non dovrà più attendere il decorso di ulteriori 7 giorni di calendario dalla richiesta) tramite la propria Area Riservata o l'App Mobile, senza necessità di allegare nuovamente la documentazione già trasmessa. Diversamente, trascorsi i predetti 7 giorni dalla scadenza del Voucher, l'Isritto dovrà richiedere l'emissione di un nuovo VoucherSalute® riallegando integralmente la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® sarà comunque rinnovabile a partire dal 20esimo giorno dalla sua emissione per un numero massimo di due volte, **con una finestra complessiva di validità in ogni caso non superiore a 90 giorni rispetto alla data di prima emissione**, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2021; a partire dal 20/03/2021 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute®, per una validità di altri 30 giorni.

In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2021 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2021, per un totale di 90 giorni dal 01/03/2021.

Qualora la richiesta di rinnovo avvenga prima che siano trascorsi i 30 giorni di validità (e comunque dopo il 20esimo giorno di emissione del Voucher stesso), gli eventuali giorni di validità non usufruiti andranno perduti.

A presidio dell'Isritto è altresì prevista una procedura di sollecito per il rilascio del VoucherSalute® esercitabile da parte dell'Assicurato stesso mediante apposita funzione web (Area Riservata o App Mobile). Tale funzione sarà attiva esclusivamente dopo che siano trascorsi 7 giorni dall'effettuazione della richiesta completa di rilascio del VoucherSalute® e ripetibile solo se trascorsi almeno 3 giorni dal precedente sollecito.

Il VoucherSalute® non potrà essere annullato dall'Isritto. Qualora l'Isritto, per motivi eccezionali, abbia la necessità di farlo, dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa.

In sede di accesso presso la struttura sanitaria convenzionata e per poter ricevere la prestazione autorizzata, l'Isritto dovrà esibire il VoucherSalute® (o il codice identificativo dell'autorizzazione "MTS..." in caso di non possesso di uno smartphone) ricevuto dalla Centrale Operativa e consegnare la prescrizione medica.

L'Isritto deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata. Una volta esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, verrà rilasciato il nuovo VoucherSalute®. La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza di cui al successivo § B).

Restano a carico dell'Isritto eventuali somme non riconosciute dai Piani Sanitari di riferimento (a titolo esemplificativo: franchigie e scoperti).

Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento al network delle spese indennizzabili a termini di polizza.

B. CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA (ECCEZIONE)

B.1 Per ricovero

Esclusivamente per la garanzia Ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Isritto potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

Dovrà essere contattata la Centrale Operativa (tramite web/App mobile o telefonicamente) che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui l'Isritto è ricoverato.

Il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale Operativa tramite e-mail all'indirizzo 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.

Resta inteso che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa; a tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente a ricoveri erogati in regime di assistenza diretta all'estero, per i quali l'Isritto sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

B.2 Per prestazioni extraospedaliere e odontoiatriche

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:

1. 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;
2. 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 l'esecuzione della prestazione.**

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assicurato le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in polizza nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito **www.fondometasalute.it**

C. LA PRENOTAZIONE

L'Iscritto, ottenuto il VoucherSalute®, prenoterà personalmente la prestazione contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

L'Iscritto ha l'obbligo di non fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che dovessero derivare da una diversa modalità di contatto con la struttura convenzionata produrranno il mancato rilascio del VoucherSalute® che comporterà la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di assistenza diretta.

La struttura sanitaria, utilizzando la piattaforma informatica messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute, avrà visibilità del VoucherSalute® emesso, in modo da poterlo verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.

Dalla stessa piattaforma la Struttura potrà confermare alla Centrale Operativa la data di esecuzione della prestazione.

Nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'Iscritto dovrà richiederne il rinnovo tramite la propria Area Riservata o App mobile.

D. MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Iscritto acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, *la prestazione non potrà essere liquidata in regime di assistenza diretta né presentata a rimborso.*

E. DOPO L'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE

A prestazione avvenuta, l'Iscritto dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento), nonché, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (ad 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.

F. ESEMPI DI RICHIESTA DI EMISSIONE DEL VOUCHERSALUTE® PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Esempio 1:

Carie non penetrante (cavità di Black Classe II o V) su elemento 25

Nel caso in cui l'Isritto sia affetto da una carie non penetrante di un dente, il trattamento cui verrà sottoposto è l'otturazione o l'intarsio.

Trattandosi di una prestazione odontoiatrica successiva alla prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale, si dovrà seguire la seguente procedura:

1. L'Isritto dovrà richiedere l'inserimento del VoucherSalute® alla Struttura convenzionata prescelta la quale comunicherà direttamente alla Compagnia Assicurativa:
 - a. la prestazione da eseguire **"otturazione o intarsio sul dente 25"**;
 - b. il quesito diagnostico o la patologia **"Carie non penetrante"**;
2. La struttura convenzionata prescelta si occuperà di inserire la richiesta di VoucherSalute® sul portale Claimnet allegando l'intera documentazione medica indicata nella "Guida alla documentazione delle pratiche odontoiatriche" a disposizione degli Studi convenzionati.
3. L'Isritto e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Isritto prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Isritto si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato.

Esempio 2:

Carie Penetrante di elemento 36

Nel caso in cui l'Isritto sia affetto da una carie penetrante di un dente sarà necessario sottoporsi ad un trattamento detto "cura canalare o devitalizzazione" oppure ad una estrazione, a giudizio dell'odontoiatra.

Trattandosi di una prestazione odontoiatrica successiva alla prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale, si dovrà seguire la seguente procedura:

1. L'Isritto dovrà richiedere l'inserimento del VoucherSalute® alla Struttura convenzionata prescelta la quale comunicherà direttamente alla Compagnia Assicurativa:
 - a. la prestazione da eseguire **"Cura canalare o estrazione di elemento 36"**;
 - b. il quesito diagnostico o la patologia **"Carie Penetrante"**;
2. La struttura convenzionata prescelta si occuperà di inserire la richiesta di VoucherSalute® sul portale Claimnet allegando l'intera documentazione medica indicata nella "Guida alla documentazione delle pratiche odontoiatriche" a disposizione degli Studi convenzionati.
3. L'Isritto e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Isritto prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Isritto si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato.

Esempio 3: Asportazione cisti radicolare su elemento 47

Nel caso in cui l'Isritto sia affetto da Cisti Radicolare, opportunamente documentata dopo l'asportazione anche da esame istologico, l'Isritto sarà sottoposto ad eventuale devitalizzazione o estrazione di uno o più elementi dentari e all'asportazione della cisti.

Trattandosi di una prestazione odontoiatrica successiva alla prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale, si dovrà seguire la seguente procedura:

1. L'Isritto dovrà richiedere l'inserimento del VoucherSalute® alla Struttura convenzionata prescelta la quale comunicherà direttamente alla Compagnia Assicurativa:
 - a. la prestazione da eseguire **"Asportazione cisti radicolare in elemento 47"** ed eventuale devitalizzazione o estrazione di uno o più elementi dentari
 - b. il quesito diagnostico o la patologia **"Cisti radicolare"**;
2. La struttura convenzionata prescelta si occuperà di inserire la richiesta di VoucherSalute® sul portale Claimnet allegando l'intera documentazione medica indicata nella "Guida alla documentazione delle pratiche odontoiatriche" a disposizione degli Studi convenzionati.
3. L'Isritto e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Isritto prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Isritto si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato.

Esempio 4: Estrazione elemento 42 per Frattura di Corona/Radice

Nel caso in cui l'Isritto sia affetto da una Frattura di Corona o Radice di un dente sarà necessario sottoporsi a una estrazione.

Trattandosi di una prestazione odontoiatrica successiva alla prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale, si dovrà seguire la seguente procedura:

1. L'Isritto dovrà richiedere l'inserimento del VoucherSalute® alla Struttura convenzionata prescelta la quale comunicherà direttamente alla Compagnia Assicurativa:
 - a. la prestazione da eseguire **"estrazione elemento 42"**;
 - b. il quesito diagnostico o la patologia **"Frattura di corona/radice"**;
2. La struttura convenzionata prescelta si occuperà di inserire la richiesta di VoucherSalute® sul portale Claimnet allegando l'intera documentazione medica indicata nella "Guida alla documentazione delle pratiche odontoiatriche" a disposizione degli Studi convenzionati.
3. L'Isritto e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Isritto prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Isritto si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato.

Esempio 5: Inserimento di un impianto su elemento edentulo 32 a seguito di estrazione avvenuta nel 2017

Casistica: inserimento di un impianto osteointegrato per elemento dentario mancante.

La garanzia D.8 "Implantologia stand alone, compresa manutenzione impianti e sostituzione corone" prevede la copertura dell'intervento di implantologia in caso di edentulia causata da patologie preesistenti o contemporanee alla vigenza della polizza, purchè non insorte prima del 01/01/2017, salvo non rientri nella garanzia "D.6 Interventi chirurgici odontoiatrici" (ad esempio rientra in garanzia l'intervento di implantologia per edentulia derivante da granuloma insorto a luglio 2018). È richiesta la trasmissione di rx endorale datata e firmata dal dentista che aveva effettuato l'estrazione.

Trattandosi di una prestazione odontoiatrica successiva alla prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale, si dovrà seguire la seguente procedura:

1. L'Isritto dovrà richiedere l'inserimento del VoucherSalute® alla Struttura convenzionata prescelta la quale comunicherà direttamente alla Compagnia Assicurativa:
 - a. la prestazione da eseguire **"inserimento di un impianto su elemento 32"**;
 - b. la diagnosi **"edentulia"**;
2. La struttura convenzionata prescelta si occuperà di inserire la richiesta di VoucherSalute® sul portale Claimnet allegando l'intera documentazione medica indicata nella "Guida alla documentazione delle pratiche odontoiatriche" a disposizione degli Studi convenzionati.
3. L'Isritto e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Isritto prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Isritto si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato.

Esempio 6: Implantologia post estrattiva in elemento 47

Casistica: richiesta di indennizzo di impianto dentale post estrazione opportunamente documentata.

L'impianto osteointegrato rientra nella garanzia degli interventi chirurgici odontoiatrici se posizionato **entro 12 mesi dall'estrazione** o entro 18 mesi in caso di rigenerazione 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.

Trattandosi di una prestazione odontoiatrica successiva alla prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale, si dovrà seguire la seguente procedura:

1. L'Isritto dovrà richiedere l'inserimento del VoucherSalute® alla Struttura convenzionata prescelta la quale comunicherà direttamente alla Compagnia Assicurativa:

- a. la prestazione da eseguire **“Impianto dentale in elemento 47”**;
- b. il quesito diagnostico o la patologia (ad esempio “Cisti radicolare”);
2. La struttura convenzionata prescelta si occuperà di inserire la richiesta di VoucherSalute® sul portale Claimnet allegando l’intera documentazione medica indicata nella “Guida alla documentazione delle pratiche odontoiatriche” a disposizione degli Studi convenzionati.
3. L’iscritto e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L’iscritto prenoterà l’appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L’iscritto si dovrà presentare all’appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato.

Esempio 7:

Implantologia post estrattiva in elemento 45 a seguito di rigenerativa tardiva

Casistica: richiesta di indennizzo di impianto dentale post estrazione opportunamente documentata.

L’impianto osteointegrato rientra nella garanzia degli interventi chirurgici odontoiatrici se posizionato entro 12 mesi dall’estrusione o **entro 18 mesi in caso di rigenerazione tardiva**. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall’estrusione (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.

Trattandosi di una prestazione odontoiatrica successiva alla prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale, si dovrà seguire la seguente procedura:

1. L’iscritto dovrà richiedere l’inserimento del VoucherSalute® alla Struttura convenzionata prescelta la quale comunicherà direttamente alla Compagnia Assicurativa:
 - a. la prestazione da eseguire **“Impianto dentale in elemento 45”**;
 - b. il quesito diagnostico o la patologia (ad esempio “rigenerativa ossea”);
2. La struttura convenzionata prescelta si occuperà di inserire la richiesta di VoucherSalute® sul portale Claimnet allegando l’intera documentazione medica indicata nella “Guida alla documentazione delle pratiche odontoiatriche” a disposizione degli Studi convenzionati.
3. L’iscritto e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L’iscritto prenoterà l’appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L’iscritto si dovrà presentare all’appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato.

2.

LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

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 medica non è richiesta** per le prestazioni di prevenzione (sanitaria e odontoiatrica), ad esclusione della prevenzione terziaria § E.6 e degli eventuali screening di secondo livello previsti dalla garanzia "monitoraggio delle patologie tiroidee" § E.7.3, per le quali deve essere prodotta documentazione che attesti la presenza della patologia e la terapia in atto;
- **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.**, in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 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 e la modifica del visus, in caso di acquisto lenti. Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹.
Per la rottura delle lenti/montatura è richiesta anche la foto e la dichiarazione dell'ottico che attesta la rottura delle lenti/montatura già oggetto di indennizzo da parte della copertura.
Per lo smarrimento/furto degli occhiali è richiesta anche copia della denuncia emessa dalla competente Autorità Giudiziaria.
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 biennio 2021-2022);

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

- **per la diaria da convalescenza:** l'inabilità deve essere certificata nella cartella clinica;
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, in caso di, ove previsti dai Piani Sanitari, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale;
- in caso di **prestazioni di gravidanza previste nel "Pacchetto maternità": certificato attestante lo stato di gravidanza**, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;
- **in caso di gravidanza a rischio:** anche certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN;
- copia del **tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.);
- **per trattamenti fisioterapici:**
 - **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), trattamenti topici e cure ortodontiche: la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e la patologia/diagnosi;
 - per gli interventi chirurgici odontoiatrici previsti in forma rimborsuale: anche radiografie endorali e/o ortopantomamiche;
 - per le cure ortodontiche (per es. studio del caso ortodontico, visita ortodontica) deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle;
 - per implantologia e protesi (per es. impianto) per edentulia (solo per garanzia D.8): anche radiografie endorali e/o ortopantomamiche firmate e datate post 01/01/2017;
 - per manutenzione impianti e sostituzione delle corone, anche Radiografie endorali e/o ortopantomamiche datate e foto intra-orali recenti pre-manutenzione/sostituzione.
 - Per ortognatodonzia (per esempio terapia ortodontica):
 - per minori: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali e di nuova generazione;
 - per adulti: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, il piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali.

- 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 il rimborso dei medicinali previsti dai Piani Integrativi:
 - copia della ricetta e fattura (o scontrino nominativo parlante) intestata all'Assicurato con specifica dei prodotti acquistati oppure
 - copia della ricetta con il costo dei singoli prodotti e con il timbro della farmacia, insieme allo scontrino fiscale per il totale;

- per **invalidità permanente (§ F)**: anche copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente;

- **per l'indennità per spese sanitarie e assistenziali sostenute per genitore ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**:
 - dichiarazione rilasciata dalla RSA che attesta la data del ricovero in struttura e la continuità del ricovero a partire da tale data
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione che attesta il grado di parentela
 - certificato di esistenza in vita e codice fiscale;

- **per l'indennità per le spese sanitarie e assistenziali sostenute per genitore in LTC temporanea**:
 - certificazione medica che attesta lo stato di non autosufficienza del genitore
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione che attesta il grado di parentela
 - certificato di esistenza in vita e codice fiscale;

- **per Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa:**
 - stato di famiglia
 - in caso di adozione, relativo certificato
 - dichiarazione aziendale che attesta il periodo di astensione dal lavoro per maternità/paternità facoltativa, con data di inizio dell'aspettativa e data del rientro all'attività lavorativa. In alternativa, copia della busta paga o delle buste paga da cui si rileva il numero dei giorni di aspettativa fruiti nel mese oppure complessivamente goduti;

- **per Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili e per i figli minorenni:** 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;

- **per Indennità per la retta degli asili nido:**
 - certificato di iscrizione al nido
 - copia delle fatture relative all'anno scolastico o del bonifico/bollettino postale con causale parlante;

- **per Borse di studio per i figli dei dipendenti:**
 - copia del diploma o del certificato sostitutivo del diploma
 - per il corso di laurea: certificato comprovante l'iscrizione in corso (cioè il sostenimento di tutti gli esami previsti per il primo anno) al secondo anno del corso di laurea, fotocopia del libretto universitario o attestazione rilasciata dall'Ateneo che riporta gli esami sostenuti e gli esiti relativi al primo anno, nonché piano di studi del primo anno;

- **per il rimborso per attività sportiva del figlio:**
 - per la visita sportiva: fattura della visita sportiva
 - per la quota associativa: fattura della quota associativa annuale rilasciata dalla società sportiva che attesta che l'attività non è agonistica
 - per entrambe le prestazioni: anche 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 per i figli appartenenti al Nucleo Familiare;

- **per l'indennizzo delle prestazioni sociali:** anche 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;

- **per il rimborso per colonie estive del figlio:** fattura rilasciata dalla colonia estiva che riporta il periodo di soggiorno;



- **per l'accertamento del Nucleo Familiare monoparentale:** dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia²;
- **per l'accertamento del Nucleo Familiare monoreddito:**
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia³;
- 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

² 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

³ 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.

In caso la dimensione della cartella clinica e/o della SDO non consentisse l'invio dal portale, sarà necessario inviare la richiesta in modalità cartacea.

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 medicospecialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

4) GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, ha bisogno di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa (h 24 ore, 365 giorni all'anno). La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

5) SECOND OPINION

Dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, l'Assicurato può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza in Italia e all'estero, complementare rispetto a una precedente valutazione medica.

Il servizio telefonico è gratuito per le chiamate da fisso in Italia; per quelle da cellulare e dall'estero i costi sono quelli del piano tariffario di ciascuno.

Sono a carico dell'Assicurato eventuali costi postali per l'invio della documentazione medica necessaria per erogare il servizio.

6) SECOND OPINION INTERNAZIONALE

Per le patologie sotto indicate, *dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso*, l'Assicurato può ricevere un secondo parere medico, con costi del parere a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute, complementare rispetto alla precedente valutazione medica, dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza internazionali affiliati alla rete Previmedical e da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali convenzionati con Previmedical in cooperazione con primari provider internazionali:

- malattie cardiovascolari
- malattie cerebrovascolari (Ictus)
- cecità
- sordità
- tumori maligni
- insufficienza renale
- trapianto di organo
- sclerosi multipla
- paralisi
- malattia di Alzheimer
- malattia di Parkinson
- gravi ustioni
- coma.

L'Assicurato:

- contatta la Centrale Operativa
- fornisce la documentazione medica sulla patologia per la quale richiede l'attivazione del servizio di Second Opinion Internazionale.

La Centrale Operativa:

- richiede una seconda consulenza a specialisti che operano in Centri Specialistici di eccellenza internazionale, che forniscono un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici forniti.

7) TUTORING

L'Assicurato può disporre di un affiancamento costante e qualificato per:

- individuare i corretti percorsi terapeutici
- organizzare programmi di prevenzione personalizzati
- gestire i propri bisogni assistenziali.

Il servizio è realizzato con il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e con l'interazione e il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

8) CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Se l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici e non può allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante e nessuno può andare per lui, può contattare la Centrale Operativa che:

- organizza il recupero presso l'Assicurato della documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti;
- provvede a recapitare gli esiti degli accertamenti all'Assicurato e al medico da lui indicato.

Il costo per eventuali franchigie/scoperti relativi agli accertamenti è a carico dell'Assicurato.

9) INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno di medicinali prescritti ed è oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, può contattare la Centrale Operativa che:

- organizza il ritiro della ricetta presso l'Assicurato
- provvede alla consegna dei medicinali prescritti.

A carico dell'Assicurato è solo il costo dei medicinali.

10) COLLABORATORE FAMILIARE

Se l'Assicurato è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, pertanto non può svolgere le principali incombenze domestiche, può contattare la Centrale Operativa che gli segnala il nome di un collaboratore familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, furto o tentato furto, che hanno determinato l'immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa, nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, invia un collaboratore domestico.

Intesa Sanpaolo RBM Salute assume i relativi costi fino a 6 ore alla settimana, da utilizzare consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

Per attivare la copertura, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima delle dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

11) SPESA A DOMICILIO

Nei casi di:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- fratture del bacino

che hanno determinato l'immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti nel territorio del Comune, furto o tentato furto presso la propria abitazione, l'Assicurato può contattare la Centrale Operativa che, nelle quattro settimane successive al sinistro:

- organizza la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari/prima necessità
- invia la richiesta della lista dei generi alimentari/prima necessità e delle coordinate per la consegna.

L'Assicurato è informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo da pagare al momento della consegna.

12) SERVIZIO PRENOTAZIONE TAXI

Se l'Assicurato ha bisogno di un servizio taxi per recarsi in una struttura convenzionata o per rientrare dalla stessa presso la propria abitazione, può mettersi in contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

L'Assicurato:

- deve comunicare i propri dati anagrafici, la posizione di partenza e la destinazione;
- può prenotare il servizio anche per giornate successive rispetto a quella della richiesta telefonica.

La Centrale Operativa conferma la prenotazione all'Assicurato per sms/telefonata/e-mail.

Il costo della corsa è a carico dell'Assicurato.

13) ORGANIZZAZIONE TRASPORTO AMBULANZA

Se l'Assicurato, in caso di ricovero, ha bisogno di essere trasportato dal proprio domicilio a un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale a un altro, può chiedere che il trasporto:

- sia organizzato e gestito da parte della Centrale Operativa, con ambulanza, eliambulanza e similari, aereo, treno
- o tramite centri convenzionati che erogano il servizio.

Non sono compresi i trasporti per terapie continuative.

Le spese sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute senza limite chilometrico.

14) RIMPATRIO SALMA

Se l'Assicurato è deceduto, la Centrale Operativa può organizzare e gestire, tramite centri convenzionati, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Questo servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma.

I costi del trasporto e dell'organizzazione sono a carico degli aventi diritto dell'Assicurato.

15) INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno di un medico dalle 20,00 alle 8,00 nei giorni feriali o nelle 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, può contattare la Centrale Operativa che:

- accertata la necessità della prestazione
- invia uno dei medici convenzionati.

Se i medici convenzionati non possono intervenire, la Centrale Operativa organizza, in sostituzione, il trasferimento nel centro medico idoneo più vicino con autoambulanza.

Il costo delle visite domiciliari attivate tramite Centrale Operativa sono a carico dell'Assicurato che deve pagare direttamente il medico.

16) INVIO DI UN INFERMIERE O FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Se l'Assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero non previsto dalla copertura assicurativa, ha bisogno di essere assistito da un infermiere o un fisioterapista, può contattare la Centrale Operativa che provvede a reperirlo.

Il costo delle prestazioni infermieristiche o dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che deve pagare direttamente l'infermiere o il fisioterapista.

Nei casi di ricoveri per:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporta prestazioni infermieristiche/fisioterapiche, la Centrale Operativa, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, invia un infermiere o un fisioterapista convenzionato.

La Compagnia copre le spese fino a 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

Per attivare la copertura, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione.

17) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Web (www.fondometasalute.it)

Area riservata – Assicurazione

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può visionare le Condizioni di Assicurazione.

Web (www.fondometasalute.it)

Area riservata – Assicurazione

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- richiedere il VoucherSalute® o inviare le richieste di rimborso
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche.

App mobile "mètaSalute"

Con l'app mobile "mètaSalute", è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- richiedere il VoucherSalute® o inviare le richieste di Rimborso.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata.

18) ULTERIORI SERVIZI A DISPOSIZIONE DELL'ASSICURATO

È a disposizione il servizio **“VEDI LA TUA PRATICA”**: l'Isritto dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Isritto riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione.

In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Isritto riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

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



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

mètasalute
FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

Piano Sanitario Base

**PRESTAZIONI
OSPEDALIERE**



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

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 2)

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.

IMMUNONUTRIZIONE PRIMA DEL RICOVERO

Nell'ambito della garanzia ricovero si intendono compresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per **5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico** secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce il servizio di reperimento senza alcun costo a carico dell'Assistito, presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

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 endoprotesici 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.

**MONITORAGGIO DOMICILIARE
DEL PAZIENTE NEL PRE/POST
RICOVERO E LUNGODEGENZA**

La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito. La durata del programma è di 120 giorni (Programma 1). **I dispositivi medici sono richiedibili attraverso il box dedicato "Dispositivi Medici, Kit e Accessori" presente nella pagina principale dell'Area Riservata Assicurativa.**

**PARAMETRI VITALI MONITORATI
NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA 1**

- pressione arteriosa / cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo.

La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare per patologie croniche. In questo caso il programma ha la stessa durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa (Programma 2).

**PARAMETRI VITALI MONITORATI
NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA 2**

- pressione arteriosa / cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG)
- temperatura corporea (ingresso manuale)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Entrambi i programmi prevedono:

- consegna e installazione al domicilio dell'Assicurato di una serie di dispositivi tecnologici per il completo monitoraggio dei parametri vitali
- training a domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato sul territorio italiano
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'Assicurato tramite call center

- rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio
- ritiro e spedizione dei dispositivi dalla residenza del paziente al centro più vicino per la manutenzione e il ricondizionamento.

MODALITÀ ASSISTENZA RICOVERO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa	illimitato (sempre esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi nell'Allegato 2)
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale		
Forma mista, solo per RICOVERI PUNTO A (struttura convenzionata ed equipe non convenzionata)	copertura del 100% della spesa	<ul style="list-style-type: none"> • € 18.000,00 Interventi Chirurgici ordinari • € 22.500,00 Interventi Chirurgici complessi • € 45.000,00 Trapianti
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato	

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.

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

TRASPORTO DI PRIMO SOCCORSO	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato - o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso. <p><i>In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.</i></p>
------------------------------------	---



A.2.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO
(solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)

Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (compreso nell'Allegato 2) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

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

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



A.3.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE POST RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	Copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica entro i 120 giorni successivi alla data delle dimissioni	Senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto ed entro il massimale di € 20.000,00 per anno e per nucleo familiare
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale		senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto ed entro il massimale di € 10.000,00 per anno e per nucleo familiare



A.4.

DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero per intervento chirurgico (compreso nell'Allegato 2) indennizzabile dal Piano sanitario, Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce una diaria da convalescenza di **100,00 euro** al giorno per un massimo di **20** giorni per anno assicurativo.

La convalescenza deve comportare una inabilità temporanea totale (ossia 100%), cioè uno stato che:

- compromette gravemente la salute e l'autonomia del soggetto;
- si verifica quando sussiste un'impossibilità fisica che impedisce alla persona di svolgere tutte le normali attività di vita quotidiana in maniera assoluta, ossia quando non è in grado di svolgerle nemmeno in minima parte. Pertanto, *la garanzia non opera in caso di convalescenza intesa come periodo di riposo dopo le dimissioni o in caso di inabilità lavorativa.*

La convalescenza deve essere prescritta:

- *all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica;*
- *oppure dal medico di medicina generale (o medico di assistenza primaria).*



A.5.

NEONATI - RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO

La garanzia A.1 "Ricoveri per intervento chirurgico" (compreso nell'Allegato 2) opera automaticamente per i neonati, anche quando non iscritti al Fondo, *purché la comunicazione a Intesa Sanpaolo RBM Salute sia effettuata entro 30 giorni dalla nascita.*

La garanzia è inoltre estesa alle cure e agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici *purché effettuati entro 1 anno dalla nascita.*

MODALITÀ ASSISTENZA RICOVERO	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale		
Forma mista, solo per RICOVERI PUNTO A (<i>struttura convenzionata ed equipe non convenzionata</i>)	copertura del 100% della spesa	€ 22.500,00 per anno/nucleo familiare
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato	

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.** 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 cartella clinica completa.
- B.** Copia fatture e/o ricevute fiscali.

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 dal documento di spesa o dalla data delle dimissioni 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)

ALLEGATO 2

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE

CARDIOCHIRURGIA E CHIRURGIA TORACICA

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

COLLO

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

ESOFAGO

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

FEGATO

Deconnessione azigos-portale pervia addominale	€ 18.000,00
Derivazioni biliodigestive	€ 18.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 18.000,00
Epatotomia e coledocotomia	€ 18.000,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 18.000,00
Interventi per echinococchi	€ 18.000,00
Interventi sulla papilla di Vater	€ 18.000,00
Papillotomia per via transduodenale	€ 18.000,00
Re-interventi sulle vie biliari a seguito di primo intervento sulle stesse	€ 18.000,00
Resezioni epatiche	€ 18.000,00
Trapianto di fegato	€ 45.000,00

**INTERVENTI SU POLMONE -
BRONCHI - TRACHEA**

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

INTERVENTI SUL MEDIASTINO

Interventi per tumori	€ 18.000,00
-----------------------	-------------

**INTERVENTI SUL SISTEMA
NERVOSO SIMPATICO**

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

INTESTINO

Colectomia totale	€ 18.000,00
Colectomie parziali	€ 18.000,00
Sigmoidostomia	€ 18.000,00

NERVI PERIFERICI

Anastomosi extracranica di nervi cranici	€ 18.000,00
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 18.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 18.000,00
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	€ 22.500,00

NEUROCHIRURGIA

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

Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 22.500,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 18.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore (impianto di neuromodulatore) o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 22.500,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 18.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 18.000,00
Intervento per encefalomeningocele	€ 18.000,00
interventi neurochirurgici per ablazione foci epilettogeni	€ 18.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 18.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 18.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 18.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 18.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 18.000,00
Radiochirurgia stereotassica intracranica	€ 18.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Spondilolistesi (dal II grado e radiologicamente documentata)	€ 18.000,00
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari	€ 18.000,00
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 22.500,00
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 18.000,00
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 18.000,00

PANCREAS - MILZA

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite acuta	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 18.000,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticca	€ 18.000,00
Splenectomia	€ 18.000,00

PERITONEO

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 18.000,00
---	--------------------

RETTO - ANO

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

STOMACO, DUODENO

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

TORACE - PARETE TORACICA

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

CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE

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

CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)

ARTI

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

CRANIO - FACCIA E COLLO

Gravi e vaste mutilazioni del viso (gravità: interessamento di occhi bocca e naso; vastità: interessamento di più di 1/3 del volto)	€ 22.500,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 18.000,00

TORACE E ADDOME

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

CHIRURGIA VASCOLARE

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

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

GINECOLOGIA

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

LARINGE - TRACHEA - BRONCHI - ESOFAGO

COLLO (vedere anche chirurgia generale)

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

LARINGE

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



OCULISTICA

BULBO OCULARE

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

ORBITA

Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 18.000,00
---	-------------

Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 18.000,00
--	-------------

Odontocheratoprosi	€ 18.000,00
--------------------	-------------

Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario e ospedaliero)	€ 18.000,00
---	-------------

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Artroprotesi di anca	€ 22.500,00
----------------------	-------------

Artroprotesi di ginocchio	€ 18.000,00
---------------------------	-------------

Artroprotesi di gomito	€ 18.000,00
------------------------	-------------

Emipelvectomia	€ 18.000,00
----------------	-------------

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 22.500,00
--	-------------

Protesi totale per displasia d'anca	€ 22.500,00
-------------------------------------	-------------

OSTETRICIA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

CAVO ORALE E FARINGE	Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale	€ 18.000,00
	Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 18.000,00
	Tumori parafaringei	€ 18.000,00
GHIANDOLE SALIVARI	Parotidectomia totale con o senza preparazione del facciale	€ 18.000,00
ORECCHIO ESTERNO	Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 18.000,00
ORECCHIO MEDIO ED INTERNO	Anastomosi e trapianti nervosi	€ 18.000,00
	Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 18.000,00
	Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 18.000,00
	Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 18.000,00
	Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 18.000,00
	Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 18.000,00
	Distruzione del labirinto	€ 18.000,00
	Neurinoma del VIII paio	€ 22.500,00
	Sezione del nervo cocleare	€ 18.000,00
	Sezione del nervo vestibolare	€ 18.000,00
	Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 18.000,00
	Trattamento delle petrositi suppurate	€ 18.000,00

UROLOGIA

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



RENE	Endopielolitotomia per stenosi del giunto piero-uretale	€ 18.000,00
	Lombotomia per ascessi pararenali	€ 18.000,00
	Nefrectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
	Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 22.500,00
	Nefrectomia parziale	€ 18.000,00
	Nefrectomia semplice	€ 18.000,00
	Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 18.000,00
	Nefroureterectomia totale	€ 22.500,00
	Pielotomia	€ 18.000,00
	Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 18.000,00
	Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 18.000,00
	Trapianto renale	€ 22.500,00
	SURRENE	Surrenalectomia
URETERE	Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 18.000,00
	Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 18.000,00
	Ureterocistoneostomia con psiozzazione vescicole	€ 18.000,00
	Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 18.000,00
	Ureteroplastica	€ 18.000,00
	Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale	€ 18.000,00
URETRA	Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 18.000,00
	Uretrectomia	€ 18.000,00
VESCICA	Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder	€ 22.500,00
	Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale	€ 18.000,00
	Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi	€ 18.000,00
	Cistoprostatovesicolectomia con ureterosigmoidostomia	€ 18.000,00
	Diverticolectomia con U.C.N. (uretero-cisto-neostomia)	€ 18.000,00
	Emitrignonectomia	€ 18.000,00
	Ileo bladder	€ 18.000,00
	Ileo e/o colonicistoplastiche	€ 18.000,00
	Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 18.000,00
	Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 18.000,00
	Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 18.000,00
	Riparazione fistole vescico vaginali	€ 18.000,00
	Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 22.500,00



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	copertura del 100% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo € 55,00 per accertamento o ciclo di terapia	€ 20.000,00 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	copertura del 100% della spesa	

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.** 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.



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	copertura del 100% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo € 55,00 per visita	€ 20.000,00 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	copertura del 100% della spesa	

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.
- 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.



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	FRANCHIGIE E SCOPERTI	MASSIMALE
<p>Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale</p>	<p>rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti</p>	<p>20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici"</p>



B.4.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

B.4. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (tutti gli accertamenti non previsti dall'Alta Specializzazione)	CONDIZIONI	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo € 36,00 a fattura	€ 20.000,00 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	copertura del 100% della spesa	

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. 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 della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata.

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 dal documento di spesa o dalla data delle dimissioni 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**





B.5.

PACCHETTO MATERNITÀ (inclusa copertura per parto cesareo)

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

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

B.5.3 INDENNITÀ PER PARTO

Indennità per ogni giorno di ricovero per un massimo di **7 giorni** previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto.

B.5.4 CONTRIBUTO PER LATTE ARTIFICIALE

Contributo per il latte artificiale, nei **primi 6 mesi** di vita del neonato, previa presentazione della relativa prescrizione medica.

B.5.5 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

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

B.5.6 WEEK-END BENESSERE

Entro **6 mesi** dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del pacchetto complessivo di prestazioni "Week-end benessere", che comprende:

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- un ingresso alle terme (accesso alle piscine).

È escluso il pernottamento.

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO	CONDIZIONI (si veda elenco prestazioni)	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa	€ 700,00 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		
B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE	CONDIZIONI (si veda elenco prestazioni)	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa	€ 700,00 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		
B.5.3 INDENNITÀ PER PARTO	CONDIZIONI (si veda elenco prestazioni)	MASSIMALE
€ 70,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 giorni , previa presentazione da parte dell'Assicurata di copia conforme della S.D.O. da cui risulta che il ricovero è stato effettuato per parto.		
B.5.4 CONTRIBUTO PER LATTE ARTIFICIALE	CONDIZIONI (si veda elenco prestazioni)	MASSIMALE
Regime rimborsuale	copertura del 100% della spesa	fino a € 100,00 anno/nucleo familiare
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale		
B.5.5 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO	CONDIZIONI (si veda elenco prestazioni)	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa	Illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	Rimborso massimo di € 36,00 per visita	
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	copertura del 100% della spesa	
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.		
B.5.6 WEEK-END BENESSERE	CONDIZIONI (si veda elenco prestazioni)	MASSIMALE
Strutture convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa	Illimitato



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. 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. 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. Per indennità per parto: anche copia conforme della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per il parto.
- E. 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.
- F. 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
- G. Per supporto psicologico post-parto: anche prescrizione medica con indicazione della patologia.
- H. Latte artificiale: prescrizione medica attestante la necessità di acquisto del latte artificiale per il neonato.

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 dal documento di spesa o dalla data delle dimissioni 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)



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

mèta / salute
FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

Piano Sanitario Base

FISIOTERAPIA



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE



C.1.

FISIOTERAPIA 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	copertura del 100% della spesa	Illimitato
Assistenza Diretta domiciliare	franchigia € 20,00 ad accesso	
Regime rimborsuale	rimborso massimo € 25,00 per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta	€ 1.000,00 anno/nucleo
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	copertura del 100% della spesa	

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 medica con indicata la patologia presunta o accertata (*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.
- 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. 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 medica con indicata la patologia presunta o accertata.
- C. Copia del certificato di Pronto Soccorso.
- D. Indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).



C.2.

FISIOTERAPIA A SEGUITO DI 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	copertura del 100% della spesa	Illimitato
Assistenza Diretta domiciliare	franchigia € 20,00 ad accesso	
Regime rimborsuale	copertura del 100% della spesa	<ul style="list-style-type: none"> - sono previsti limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (compreso nell'allegato 2) - i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	copertura del 100% della spesa	

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 medica con indicata la patologia presunta o accertata (*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.
- C. 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. 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 medica con indicata la patologia presunta o accertata.
- C. Copia della lettera di dimissioni ospedaliera.
- D. Indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).



C.3.

FISIOTERAPIA 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	copertura del 100% della spesa	Illimitato
Assistenza Diretta domiciliare	franchigia € 25,00 ad accesso	
Regime rimborsuale	rimborso massimo € 25,00 per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta	€ 450,00 anno/nucleo
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	copertura del 100% della spesa	

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 medica con indicata la patologia presunta o accertata (*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.
- C.** 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.** 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 medica con indicata la patologia presunta o accertata.
- C.** Indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).

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 dal documento di spesa o dalla data delle dimissioni 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)

mètasalute
FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

Piano Sanitario Base

ODONTOIATRIA





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:

- prestazioni ortodontiche (per gli adulti sono riconosciute solo in caso di malocclusione di Angle superiore al I grado);
- cure odontoiatriche (compresa la paradontologia);
- terapie conservative;
- protesi dentarie (*non sono riconosciute in caso di edentulia pregressa al 01/01/2017 e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti che è disciplinata dal successivo § D.8*);
- terapie canalari;
- trattamento topico con fluoruri (solo per figli minorenni).

D.1.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	non previsti	Illimitato
Regime rimborsuale	<p>Le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestazioni ortodontiche: max € 100,00 anno/nucleo - Cure odontoiatriche (compresa la paradontologia): max € 100,00 anno/nucleo - Terapie conservative: max € 100,00 anno/nucleo - Protesi dentarie: max € 100,00 anno/nucleo - Terapie canalari: max € 100,00 anno/nucleo - Trattamento topico con fluoruri: max € 100,00 anno/nucleo 	<p>il limite di spesa è di 700,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale"</p>
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	



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**).

Se a causa della particolare condizione clinica o patologica dell'Assicurato il medico della struttura convenzionata, ritiene necessaria una seconda seduta di igiene orale nello stesso anno assicurativo, Intesa Sanpaolo RBM Salute, previa verifica dell'effettiva necessità, la autorizza e la liquida nei limiti previsti dalla presente garanzia.

Alla prima visita odontoiatrica e di igiene in assistenza diretta, è reso disponibile **gratuitamente** al nucleo familiare, su richiesta dell'Assicurato che già non lo abbia ricevuto, uno spazzolino Bluetooth con controllo automatizzato della regolarità di lavaggio, durata periodo di spazzolamento, monitoraggio denti non lavati, modalità multi-user, meccanismo di gaming/rewarding.

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.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	non previsti	Illimitato
Regime rimborsuale	massimo 45,00 euro anno/persona	il limite di spesa è di 700,00 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 senza applicazione di franchigie o scoperti	



D.3.

VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:
Visita pedodontica e ablazione tartaro (**1 volta l'anno**).

Se a causa della particolare condizione clinica o patologica dell'Assicurato il medico della struttura convenzionata ritiene necessaria una seconda seduta di igiene orale nello stesso anno assicurativo, Intesa Sanpaolo RBM Salute, previa verifica dell'effettiva necessità, la autorizza e la liquida nei limiti previsti dalla presente garanzia.

D.3.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	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 senza applicazione di franchigie o scoperti	



D.4.

SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

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

D.4.	FRANCHIGIE/SCOPERTI/ MASSIMO INDENNIZZABILE	MASSIMALE
Assistenza Diretta	non previsti	
Regime rimborsuale	- non sono previsti franchigie e scoperti - massimo 40,00 euro anno per singolo dente - massimo 2 denti a persona	Illimitato
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	



D.5.

APPARECCHI ORTODONTICI PER MINORI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per apparecchi ortodontici per minori **1 volta ogni 2 anni**.

D.5.	FRANCHIGIE/SCOPERTI/ MASSIMO INDENNIZZABILE	MASSIMALE
Assistenza Diretta	- non sono previsti franchigie e scoperti - massimo 250,00 euro per un apparecchio ortodontico, entro il massimale sopra previsto per nucleo familiare, <i>1 volta ogni 2 anni</i>	350,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale	- non sono previsti franchigie e scoperti - massimo 100,00 euro per un apparecchio ortodontico, entro il massimale sopra previsto per nucleo familiare, <i>1 volta ogni 2 anni</i>	150,00 euro anno/nucleo familiare



D.6.

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 coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico.

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.6.	FRANCHIGIE/SCOPERTI/ MASSIMO INDENNIZZABILE	MASSIMALE
Assistenza Diretta	non previsti	
Regime rimborsuale*	Regime rimborsuale per le prestazioni per cui è ammesso: - non sono previsti franchigie e scoperti - estrazione dente deciduo in anchilosi: massimo 100,00 euro per prestazione - pedo estrazione dente deciduo: massimo 100,00 euro per prestazione - estrazione dente permanente: massimo 100,00 euro per prestazione	5.500,00 euro per anno/nucleo familiare
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale*	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	

* **Regime rimborsuale / Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale** ammesso solo per le seguenti prestazioni:
- estrazione dente deciduo in anchilosi;
- pedo estrazione dente deciduo;
- estrazione dente permanente.



D.7.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE D'URGENZA

Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida integralmente, **esclusivamente in regime di Assistenza Diretta, 1 volta l'anno** le spese per:

- visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica;
- trattamento di pronto soccorso endodontico, manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente per ridurre o risolvere una sintomatologia acuta di origine endodontica;
- otturazione /ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato.

Può avere finalità:

- diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico);
- pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga);
- protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.

D.7.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	non previsti	Illimitato



D.8.

**IMPLANTOLOGIA STAND ALONE, COMPRESA
MANUTENZIONE IMPIANTI E SOSTITUZIONE CORONE**

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per implantologia. La garanzia:

- integra le somme ricevute dall'Assicurato con la prestazione "Implantologia post intervento" prevista dalla garanzia "D.6 Interventi Chirurgici Odontoiatrici", cioè quando l'Assicurato, che ha già utilizzato (in tutto o in parte) il massimale dedicato agli interventi chirurgici odontoiatrici nell'anno, non ha diritto a ricevere il 100% della copertura della spesa sostenuta per l'implantologia nell'ambito della garanzia Interventi chirurgici Odontoiatrici;
- prevede, inoltre, gli interventi di manutenzione su impianti già presenti nel cavo orale del paziente, quali per esempio sostituzione del perno moncone, corona, ecc.

La garanzia prevede anche la copertura dell'intervento di implantologia in caso di edentulia causata da patologie preesistenti o contemporanee alla vigenza della presente polizza, purchè non insorte prima del 01/01/2017, salvo non rientri nella garanzia "D.6 Interventi chirurgici odontoiatrici" (ad esempio rientra in garanzia l'intervento di implantologia per edentulia derivante da granuloma insorto a luglio 2018).

È richiesta la trasmissione di rx endorale datata e firmata dal dentista che aveva effettuato l'estrazione.

D.8.	FRANCHIGIE/SCOPERTI/ MASSIMO INDENNIZZABILE	MASSIMALE
Assistenza Diretta	- non sono previsti franchigie e scoperti - limite massimo di 400,00 euro per un impianto, 700,00 euro per 2 impianti e 1.100,00 euro per 3 o più impianti	1.100,00 euro per anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale	non previsti	300,00 euro per anno/nucleo familiare

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA IN STRUTTURA CONVENZIONATA

- A.** Ad esclusione della prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale, tutte le altre prestazioni necessitano di prescrizione medica dell'odontoiatra, con l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e della patologia/diagnosi, con specifica per le cure ortodontiche della prescrizione medica attestante la diagnosi accurata e del piano di trattamento ortodontico dettagliato (con indicazione della Classe scheletrica e/o di Angle).
- B.** Fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentscan, modelli in gesso.
- C.** Referto dell'esame istologico in caso di asportazione di cisti mascellari, mandibolari, radicolari o biopsie.
- D.** 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).
- E.** Per la prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale, l'Assistito dovrà richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la struttura convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- F.** Per le successive prestazioni odontoiatriche (ad eccezione della prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale), l'Assistito dovrà richiedere l'inserimento del VoucherSalute® alla struttura convenzionata prescelta la quale si occuperà di allegare l'intera documentazione medica.

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

FORMA INDIRECTA IN STRUTTURA NON CONVENZIONATA

- A.** Copia fatture, notule, ricevute.
- B.** Prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante, e la patologia/diagnosi.
- C.**
- Per conservativa endodontica (ad esempio una carie), cure odontoiatriche e protesi dentarie (per es. splintaggio, molaggio, placca di svincolo, esami radiografici), trattamenti topici e cure ortodontiche: la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e la patologia/diagnosi;
 - per gli interventi chirurgici odontoiatrici previsti in forma rimborsuale: anche radiografie endorali e/o ortopantomografiche; per ricovero: copia cartella clinica completa contenente anche la Scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) ed eventuali prescrizioni mediche;
 - per le cure ortodontiche (per es. studio del caso ortodontico, visita ortodontica) deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle;
 - per implantologia e protesi (per es. impianto) per edentulia (solo per garanzia D.8): anche radiografie endorali e/o ortopantomografiche firmate e datate post 01/01/2017;
 - per manutenzione impianti e sostituzione delle corone, anche Radiografie endorali e/o ortopantomografiche datate e foto intra-orali recenti pre-manutenzione/sostituzione.
 - Per ortognatodonzia (per esempio terapia ortodontica):
 - per minori: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali e di nuova generazione
 - per adulti: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, il piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali.
- D.** Attestazione per l'applicazione delle condizioni previste in regime diretto qualora il centro convenzionato risulti ad una distanza di oltre 30 km rispetto alla residenza del Titolare caponucleo o alla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero. Il modulo deve avere data antecedente a quella della prestazione.

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 dal documento di spesa o dalla data delle dimissioni 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 di seguito previste non è richiesta la presentazione di prescrizioni mediche, con eccezione per le garanzie previste al § E.6.

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

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione (ovvero copertura al 100%). Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Relativamente ai protocolli Adulti in caso di utilizzo di strutture non convenzionate per ciascun pacchetto che prevede tale modalità di erogazione, *gli importi fissati rappresentano un importo massimo erogabile agli adulti assicurati, quindi il massimale previsto per il fuori rete rappresenta la quota massima che un nucleo potrà ricevere per un determinato protocollo sanitario in un'annualità assicurativa.*

I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni, nell'ambito del Protocollo Minori i relativi massimali sono condivisi tra tutti i componenti minorenni del Nucleo Familiare.

E.1. SCREENING GENERICI

E.1.1 CONTROLLO DELLE ALLERGIE E DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI

CONDIZIONI / MASSIMALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute invia direttamente al domicilio, su richiesta dell'Assicurato o di uno dei componenti del suo Nucleo Familiare, un kit per l'esecuzione di uno dei seguenti gruppi di test:

A) Allergie:

Questo protocollo consente una serie di test per identificare la sensibilità verso una o più sostanze allergiche:

- test IgE Totali
- test allergia all'epitelio e pelo del cane
- test allergia all'epitelio e pelo del gatto
- allergia ad acari, muffe e polveri.

B) Intolleranze Alimentari

B.1) Intolleranza gruppo di alimenti

Il test consente la verifica di intolleranze alimentari su un set predefinito di 32 alimenti, per identificare eventuali incompatibilità.

B.2) Intolleranza Lattosio

Il test consente la verifica di intolleranza al Lattosio con un test specifico sul DNA effettuato a partire da un prelievo della saliva che consente la ricerca del gene responsabile dell'ipolattasia.

B.3) Intolleranza Glutine (Celiachia)

Il test rileva la presenza, a seguito dell'assunzione di una o più farine, degli anticorpi responsabili dell'intolleranza e fornisce la possibilità di verificare la correttezza e la compatibilità della propria dieta.

In caso di esito positivo di questi esami, su prescrizione medica, è possibile eseguire uno Screening allergologico per inalanti e alimenti "prick test" (1 screening nel biennio). Questa prestazione è liquidata o rimborsata nell'ambito della garanzia Accertamenti Diagnostici (B.3/B.4) che viene pertanto specificamente estesa.

1 volta ogni 2 anni

Assistenza diretta – **Massimale Illimitato**

Prestazione richiedibile attraverso il box dedicato "Dispositivi Medici, Kit e Accessori" presente nella pagina principale dell'Area Riservata Assicurativa

E.1.2 RICERCA PRESENZA HELICOBACTER PYLORI

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

Il test consente la verifica della presenza del batterio con un test specifico sul DNA effettuato a partire da un prelievo della saliva, che consente la ricerca di un antigene specifico di Helicobacter Pylori.

La presente copertura garantisce **1 volta ogni 2 anni** la copertura integrale dei costi per l'esecuzione del suddetto test da parte dell'Assicurato o di uno dei componenti del suo Nucleo Familiare.

Assistenza diretta – **Massimale Illimitato**

Prestazione richiedibile attraverso il box dedicato "Dispositivi Medici, Kit e Accessori" presente nella pagina principale dell'Area Riservata Assicurativa



E.2. PREVENZIONE BASE

E.2.1 PREVENZIONE BASE

CONDIZIONI / MASSIMALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo Familiare le prestazioni sotto elencate, **senza franchigie o scoperti**:

Esami del sangue:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)

1 volta l'anno/Nucleo, in un'unica soluzione

Assistenza diretta – **Illimitato**
Regime rimborsuale – **€ 80,00** a pacchetto

E.2.2 SINDROME METABOLICA

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

Previa esecuzione questionario in Area Riservata Assicurativa

A) Non Conclamata: colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi;

B) Conclamata: Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo), Doppler carotideo, Curva glicemica, Ecocardiogramma

- conclamata: **una volta l'anno**
- non conclamata: **ogni 6 mesi**

Assistenza diretta – **Illimitato**

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

Per attivare la copertura l'Assicurato dovrà 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. Intesa Sanpaolo RBM Salute renderà disponibile gratuitamente a tutti gli Assicurati iscritti al Fondo Metasalute, che non ne siano già forniti, un Misuratore BMI cobrandizzato, che consentirà a ciascuno di misurare autonomamente (comodamente al proprio domicilio) il proprio Indice di massa Corporea mettendo a confronto i valori di peso, altezza e circonferenza addominale (diversificata per uomo e donna). L'utilizzo del misuratore consentirà all'Assicurato di poter disporre delle misurazioni necessarie alla compilazione del tool del Fondo per il calcolo dell'esposizione al rischio di Sindrome Metabolica.

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata in Area riservata anche una cartella medica online personale in cui potrà registrare questi parametri.

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.

Intesa Sanpaolo RBM Salute renderà disponibile gratuitamente a tutti gli Assicurati iscritti al Fondo Metasalute con sindrome metabolica conclamata che ne facciano richiesta contattando la Centrale Operativa e che non ne siano già forniti, una Bilancia wireless con misuratore di peso, di indici di grasso corporeo, massa magra, massa muscolare, massa ossea, acqua corporea e livello di grasso viscerale, direttamente interconnessa con il nutrizionista/internista convenzionato e/o accessibile da parte del nutrizionista/internista di propria fiducia.

E.3. PREVENZIONE DONNA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti**, all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo Familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno / Sostegno periodo menopausa / Prevenzione patologie connesse all'osteoporosi.

E.3.1 PACCHETTO DONNA

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

PACCHETTO A (in alternativa a pacchetto B)

DONNE – OLTRE I 24 ANNI

Visita ginecologica + PAP TEST - **una volta ogni 2 anni**

PACCHETTO B (in alternativa a pacchetto A)

DONNE – TRA 21 E 24 ANNI

Visita ginecologica + PAP TEST - **una volta ogni 2 anni**

DONNE – OLTRE I 30 ANNI

Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) -

una volta ogni 2 anni

PACCHETTO C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)

DONNE – TRA 30 E 39 ANNI

Ecocolordoppler arterioso e venoso agli arti inferiori -

una volta ogni 2 anni

DONNE – TRA 40 E 49 ANNI

Visita senologica - **una volta ogni 2 anni;**

Mammografia - **una volta ogni 2 anni**

DONNE – OLTRE I 50 ANNI

Moc o in alternativa Mammografia - **una volta ogni 2 anni**

Indagini di laboratorio specifiche (Creatinina, Calcio,

Fosforo, Fosfatasi alcalina, PTH, Vitamina D) - **una volta**

ogni 2 anni

DONNE – SENZA LIMITI DI ETÀ

Ecografia transvaginale - **una volta ogni 2 anni**

1 volta ogni 2 anni

Assistenza diretta – **Illimitato**

Regime rimborsuale – **€ 80,00** a pacchetto

E.3.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti**, all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo Familiare, un'Ecografia mammaria bilaterale.

1 volta ogni 2 anni

Assistenza diretta – **Illimitato**

Regime rimborsuale – **€ 36,00** a pacchetto da aggiungere agli **€ 80,00** previsti nel Pacchetto Donna

E.4. PREVENZIONE UOMO

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

E.4.1 PACCHETTO UOMO

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

UOMO – OLTRE I 21 ANNI

Visita cardiologica;
Ecografia testicolare (una volta ogni 2 anni) eseguibile sino al compimento dei 40 anni.

UOMO – OLTRE I 50 ANNI

PSA;
Retto sigmoidoscopia.

UOMO – SENZA LIMITE DI ETÀ

Visita urologica;
Ecografia prostatica (ecografia transrettale).

1 volta ogni 2 anni

Assistenza diretta – **Illimitato**
Regime rimborsuale – **€ 80,00** a pacchetto

E.4.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto Uomini - oltre i 50 anni)

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti**, all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo Familiare, le prestazioni sotto elencate:

- PSA FREE;
- 2 PRO SPA;
- Dosaggio PHI (Prostate Health Index).

1 volta ogni 2 anni

Assistenza diretta – **Illimitato**
Regime rimborsuale – **€ 50,00** a pacchetto da aggiungere agli **€ 80,00** previsti nel Pacchetto Uomo

E.5. PREVENZIONE MINORI - PROTOCOLLO MINORI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** le prestazioni sotto elencate, suddivise in base all'età del minore e da eseguire una volta in base alla fascia di appartenenza per uno dei figli appartenenti al Nucleo Familiare. Il protocollo minori è fruibile dai figli minori, con condivisione dei massimali tra tutti i componenti minorenni del Nucleo Familiare.

6 MESI-2 ANNI NON COMPIUTI

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

- Visita Pediatrica (Valutazione di Base, Auxologica, Psicomotoria e Cognitiva)
- Visita Otorinolaringoiatrica con Test Audiometrico

Assistenza diretta – **Illimitato**
Regime rimborsuale – **€ 36,00** anno/Nucleo

2-4 ANNI NON COMPIUTI

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

- Visita oculistica completa
- Tonometria
- Esame del fundus
- Stereopsi e color test
- Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio)
- Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio e Autismo. Nell'ambito delle patologie del linguaggio o delle disprassie verbali, la visita specialistica può intercettare condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita LOGOPEDICA)
- Esami di laboratorio per screening della celiachia (emocromo completo con formula, anticorpi anti endomisio (ema) e anticorpi antitransglutaminasi)
- Biopsia intestinale (In ipotesi di positività degli esami di laboratorio specifici di cui alla precedente riga)

Assistenza diretta – **Illimitato**
Regime rimborsuale – **€ 60,00** anno/Nucleo

4-6 ANNI NON COMPIUTI

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

- Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio e Autismo. Nell'ambito delle patologie del linguaggio/disprassie verbali intercetta condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita LOGOPEDICA)
- Visita odontoiatrica e ortodontica (igiene orale, fluoroprofilassi) in alternativa alle analoghe prestazioni previste alla garanzia "D Odontoiatria"
- Spazzolino Bluetooth reso disponibile **gratuitamente** al nucleo familiare su richiesta dell'Assicurato che già non lo abbia ricevuto, alla prima visita odontoiatrica e igiene effettuata in assistenza diretta, con controllo automatizzato della regolarità di lavaggio, durata periodo di spazzolamento, monitoraggio denti non lavati, modalità multi-user, meccanismo di gaming/rewarding.
- Visita oculistica completa
- Tonometria
- Esame del fundus
- Stereopsi e color test
- Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio)

Assistenza diretta – **Illimitato**
Regime rimborsuale – **€ 80,00** anno/Nucleo

6-8 ANNI NON COMPIUTI	CONDIZIONI / MASSIMALE
<p>Prestazioni previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita odontoiatrica e ortodontica in alternativa alle analoghe prestazioni previste alla garanzia "D odontoiatria" - Visita oculistica completa - Tonometria - Esame del fundus - Stereopsi e color test 	<p style="text-align: right;">Assistenza diretta – Illimitato Regime rimborsuale – € 60,00 anno/Nucleo</p>
8-11 ANNI NON COMPIUTI	CONDIZIONI / MASSIMALE
<p>Prestazioni previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita ortopedica - Visita endocrinologica 	<p style="text-align: right;">Assistenza diretta – Illimitato Regime rimborsuale – € 36,00 anno/Nucleo</p>
11-18 ANNI NON COMPIUTI	CONDIZIONI / MASSIMALE
<p>Prestazioni previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita pediatrica (valutazione globale dello stato di salute dell'adolescente) - Visita ortopedica - Visita endocrinologica - Analisi del sangue: Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, Esame emocromocitometrico e morfologico completo, Colesterolo totale, HDL e LDL, Trigliceridi, Glicemia, Anti-Transglutaminasi; - Esami di screening per la diagnosi precoce del Morbo Celiaco - Colesterolo totale, HDL, LDL e Trigliceridi: le analisi sono funzionali alla diagnosi precoce delle dislipidemie a carattere eredo-familiare che possono già manifestarsi in questa fascia di età - Glicemia: il monitoraggio del metabolismo glucidico è opportuno perché in questa fascia di età c'è spesso una alimentazione incongrua. - Anti-Transglutaminasi: consente la diagnosi precoce del Morbo Celiaco. 	<p style="text-align: right;">Assistenza diretta – Illimitato Regime rimborsuale – € 50,00 anno/Nucleo</p>

Regime rimborsuale (Strutture non convenzionate): i limiti previsti sono annui e cumulati per l'insieme dei figli del nucleo; quindi, indipendentemente dalla fascia di età, è resa disponibile per anno e per nucleo di minori la somma massima prevista nella fascia di età con importo maggiore.

E.6. PREVENZIONE TERZIARIA

E.6.1 MONITORAGGIO IPERTENSIONE

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo Familiare, in un'unica soluzione:

- visita cardiologica di controllo per monitorare la malattia e le complicanze più frequenti, e per prevenire gli ulteriori aggravamenti
- creatinina (previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)
- prelievo di sangue venoso (previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)
- elettrocardiogramma (previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2).

Se all'esito del pacchetto emergono degli indicatori che richiedono uno **screening di secondo livello**, è possibile anche effettuare, su prescrizione:

- monitoraggio della pressione delle 24 ore (Holter pressorio). La prestazione è liquidata o rimborsata nell'ambito della garanzia "B.1 Alta Specializzazione" che viene pertanto specificamente estesa;
- ecocardiogramma. La prestazione è liquidata o rimborsata nell'ambito della garanzia "B.1 Alta Specializzazione" che viene pertanto specificamente estesa;
- esame del fundus oculi. La prestazione è liquidata o rimborsata nell'ambito della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici" che vengono pertanto specificamente estese.

1 volta l'anno

Assistenza diretta – **Illimitato**
 Regime rimborsuale – **€ 36,00** a pacchetto da aggiungere agli **€ 80,00** previsti nel "Pacchetto prevenzione Base E.2"

**E.6.2 MONITORAGGIO DELL'ASMA E
BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA
(BPCO)**

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti**, queste prestazioni all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo Familiare:

- visita pneumologica di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
- emocromo (previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)
- prelievo di sangue venoso (previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)
- elettrocardiogramma (previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2)
- spirometria semplice e globale
- test di broncodilatazione farmacologica - spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco
- monitoraggio incruento della saturazione arteriosa/ pulsossimetria.

Se all'esito del pacchetto emergono degli indicatori che richiedono uno **screening di secondo livello**, è possibile anche effettuare i seguenti accertamenti su prescrizione:

- Proteina c reattiva - quantitativa. La prestazione è liquidata o rimborsata nell'ambito della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici" che viene pertanto specificamente estesa;
- Terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico. La prestazione è liquidata o rimborsata nell'ambito della garanzia "B.1 Alta Specializzazione" che viene pertanto specificamente estesa;
- Screening allergologico per inalanti e alimenti - prick test. La prestazione è liquidata o rimborsata nell'ambito della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici" che vengono pertanto specificamente estese.

1 volta ogni 2 anni

Assistenza diretta – **Illimitato**
Regime rimborsuale – **€ 36,00** a pacchetto da aggiungere agli **€ 80,00** previsti nel "Pacchetto prevenzione Base E.2"

E.7. ALTRI CONTROLLI

E.7.1 PACCHETTO PREVENZIONE TUMORI DELLA PELLE

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** all'Assicurato, o a uno dei componenti del suo Nucleo Familiare, in un'unica soluzione:

- visita specialistica dermatologica
- epiluminescenza

1 volta ogni 2 anni

Assistenza diretta – **Illimitato**
Regime rimborsuale – **€ 50,00** a pacchetto

E.7.2 PACCHETTO PREVENZIONE DI PATOLOGIE DA SOVRACCARICO FUNZIONALE (E MALATTIE LEGATE ALLE OSTEOPATIE) DELLA COLONNA, SPALLA E DEL GINOCCHIO E CONTROLLO POSTURALE

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo Familiare:

Visita fisiatrica oppure visita osteopatica.

1 volta all'anno

Assistenza diretta – **Illimitato**
Regime rimborsuale – **€ 50,00** a pacchetto

E.7.3 MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE TIROIDEE

CONDIZIONI / MASSIMALE

Prestazioni previste:

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga **senza franchigie o scoperti** all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo Familiare:

- Visita specialistica endocrinologica
- TSH.

Se all'esito del pacchetto emergono degli indicatori che richiedono uno **screening di secondo livello**, è possibile anche effettuare, su prescrizione:

- ecografia del collo (tiroide, paratiroidi, linfonodi). La prestazione è liquidata o rimborsata nell'ambito della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici" che vengono pertanto specificamente estese;
- FT3. La prestazione è liquidata o rimborsata nell'ambito della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici" che vengono pertanto specificamente estese;
- FT4. La prestazione è liquidata o rimborsata nell'ambito della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici" che vengono pertanto specificamente estese.

1 volta ogni 2 anni

Assistenza diretta – **Illimitato**
Regime rimborsuale – **€ 50,00** a pacchetto

CONDIZIONI

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni; nell'ambito del Protocollo Minori i relativi massimali sono condivisi tra tutti i componenti minorenni del Nucleo Familiare.

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.** Per poter usufruire dei pacchetti non è necessario avere la prescrizione del medico riportante la patologia presunta o accertata. Si precisa invece che per la sola Prevenzione Terziaria è necessario un certificato medico attestante la patologia.
La prescrizione medica non è richiesta per le prestazioni di prevenzione, ad esclusione della prevenzione terziaria e degli eventuali screening di secondo livello previsti dalla garanzia "monitoraggio delle patologie tiroidee", per le quali deve essere prodotta documentazione che attesti la presenza della patologia e la terapia in atto.
- C.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- D.** 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 prescrizione medica con indicata la patologia e la terapia in atto in caso di prevenzione terziaria e degli eventuali screening di secondo livello previsti dalla garanzia "monitoraggio delle patologie tiroidee".

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 dal documento di spesa o dalla data delle dimissioni 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)





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 biennio 2021-2022), 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 biennio 2021-2022); 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 biennio 2021-2022); 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 biennio 2021-2022); 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 biennio 2021-2022), 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 biennio 2021-2022); 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 biennio 2021-2022); 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**

F.2. MONITORAGGIO DOMICILIARE DEL PAZIENTE IN UNO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (per le prestazioni di cui all'elenco numerato del precedente punto F.1)

La garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti in stato di non autosufficienza, con la fornitura di dispositivi medici per acquisire da remoto i parametri vitali dell'Assicurato, da chiedere tramite la Centrale Operativa. Il programma dura quanto la non autosufficienza.

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2:

- pressione arteriosa / cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)
- temperatura corporea (ingresso manuale)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM).

Il Programma prevede:

- consegna e installazione al domicilio dell'Assicurato di una serie di dispositivi tecnologici per il completo monitoraggio dei parametri vitali
- training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'Assicurato tramite call center
- rilascio delle certificazioni di attrezzature, trasmissione e archiviazione dei dati di monitoraggio
- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati per la manutenzione e il ricondizionamento.

F.3. SERVIZI DI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA ORGANIZZAZIONI DI SERVIZI, NOLEGGIO AUSILI MEDICO-SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO CHIRURGICO/MEDICO PER NEOPLASIE MALIGNHE

In caso di ricovero chirurgico/medico per neoplasia maligna (anche per interventi non compresi nell'elenco degli interventi chirurgici) e avvenuto dopo la data di effetto della copertura, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tramite il Network le prestazioni di:

- ospedalizzazione domiciliare
- assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica; tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato.

Intesa Sanpaolo RBM Salute:

- concorda il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni, fornendo consulenza e organizzando le prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale;
- per gestire il processo, si avvale di un sistema gestionale con il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti specializzati, capaci di risolvere i problemi legati all'assistenza domiciliare, che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.

F.3. SERVIZI DI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA ORGANIZZAZIONI DI SERVIZI, NOLEGGIO AUSILI MEDICO-SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO CHIRURGICO/MEDICO PER NEOPLASIE MALIGNHE

CONDIZIONI / MASSIMALE

Solo in strutture convenzionate con il Network.

Massimale – **5.000,00 euro** anno/nucleo

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

FORMA DIRETTA
(per le prestazioni di cui ai punti
1, 2, 5 e 6 della garanzia F1 e per le
garanzie F2 e F3)

- A.** Prescrizione medica con indicata la patologia.
- B.** Copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente.
- C.** Per il monitoraggio domiciliare del paziente in uno stato di non autosufficienza: anche certificazione stato di non autosufficienza.
- D.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- E.** Fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.
- F.** Contattare la Centrale Operativa (ove non previsto VoucherSalute®, es. garanzie F2 e F3).

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 di studio 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.



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

mètasalute
FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

Piano Sanitario Base

**ALTRE
PRESTAZIONI**



INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE



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).

G.1.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	non previsti	limite di spesa annuo 5.000,00 euro per evento
Regime rimborsuale	non previsti	
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	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.



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.

Lo smarrimento o il furto degli occhiali o la rottura accidentale delle lenti e della montatura sono indennizzati nel biennio 2021-2022 per gli occhiali/lenti *che siano stati acquistati durante la presente copertura assicurativa e oggetto del relativo indennizzo.*

G.2.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	non previsti	<ul style="list-style-type: none"> - 150,00 euro una tantum (una sola volta nel biennio 2021-2022) a nucleo familiare - con contributo aggiuntivo di 75,00 euro in caso di rottura lente/lenti e di 55,00 euro in caso di smarrimento/furto degli occhiali o rottura accidentale della montatura
Regime rimborsuale		<ul style="list-style-type: none"> - 100,00 euro una tantum (una sola volta nel biennio 2021-2022) a nucleo familiare - con contributo aggiuntivo di 50,00 euro in caso di rottura lente/lenti e di 35,00 euro in caso di smarrimento/furto degli occhiali o rottura accidentale della montatura

Se l'Assicurato è 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.** Copia del certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta il difetto visivo e la modifica del visus. Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti.
- B.** Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
- C.** Fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.
- D.** In ipotesi di rottura delle lenti/montatura già oggetto di indennizzo da parte della presente copertura oltre a quanto previsto dai precedenti punti A, B e C allegare anche la Foto e la dichiarazione dell'ottico attestante la rottura delle lenti/ montatura.
- E.** In ipotesi di smarrimento/furto degli occhiali già oggetto di indennizzo da parte della presente copertura oltre a quanto previsto dai precedenti punti A, B e C allegare anche la Copia della denuncia emessa dalle Autorità Giudiziarie.

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 e la modifica del visus. Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti.
- C.** Certificato di conformità delle lenti.
- D.** In ipotesi di rottura delle lenti/montatura già oggetto di indennizzo da parte della presente copertura oltre a quanto previsto dai precedenti punti A, B e C allegare anche la foto e la dichiarazione dell'ottico attestante la rottura delle lenti/montatura già oggetto di indennizzo da parte della copertura.
- E.** In ipotesi di smarrimento/furto degli occhiali già oggetto di indennizzo da parte della presente copertura oltre a quanto previsto dai precedenti punti A, B e C allegare anche la copia della denuncia emessa dalle Autorità Giudiziarie in caso di smarrimento/furto degli occhiali.
- F.** Attestazione per l'applicazione delle condizioni previste in regime diretto in caso di residenza in provincia in cui non siano presenti ottici convenzionati.
- G.** 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 biennio 2021-2022).



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.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	Non previsti	700,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale		500,00 euro anno/nucleo familiare



G.4.

RIMBORSO TICKET PER ACQUISTO MEDICINALI

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per i ticket dei medicinali.

G.4.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Regime rimborsuale	Franchigia 10,00 euro a farmaco	120,00 euro anno/nucleo familiare



G.5.

CONTROLLO PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE COMPLICANZE PIÙ FREQUENTI E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce agli Assicurati la possibilità di poter effettuare una visita specialistica di controllo per monitorare la malattia, le complicanze più frequenti e per prevenire gli ulteriori aggravamenti, **1 volta al mese** presso i Centri autorizzati del Network.

- la prestazione può essere usufruita, per ciascun mese, solo da 1 componente del nucleo familiare assicurato;
- nel periodo di copertura non può essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato;
- il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'Assicurato. In tal caso è possibile fruire della garanzia 1 volta l'anno;
- le prestazioni sono garantite **anche in caso di consulto o semplice controllo; non è richiesta quindi la prescrizione.**

G.5.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Assistenza Diretta (presso Centri autorizzati)	non previsti	
Regime rimborsuale	Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita	Illimitato
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.



G.6.

**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.



G.7.

**INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE E ASSISTENZIALI
SOSTENUTE PER GENITORE DEL TITOLARE CAPONUCLEO
RICOVERATO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**

Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga un indennizzo annuo a favore dei Titolari caponucleo i cui genitori sono ricoverati in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblica o privata.

L'indennizzo:

- è erogato a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute dagli Aderenti per i genitori ricoverati in una RSA pubblica o privata perché non autosufficienti o non più in grado di rimanere al proprio domicilio perché salute e autonomia sono compromesse, anche in modo molto grave;
- è *pagato se il ricovero in RSA è durato almeno 12 mesi consecutivi*;
- è di **1.000,00 euro** annui innalzati a **1.200,00 euro** in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito ed è *valido per un solo genitore*, anche se entrambi i genitori sono ricoverati in una RSA pubblica o privata.

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



G.8.

SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PEDIATRICA E VISITA DOMICILIARE PEDIATRICA

Quando, per infortunio o malattia, l'Assicurato ha bisogno di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica pediatrica generica e specialistica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

La Centrale Operativa si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Se la guardia medica verifica condizioni di gravità e urgenza che motivano l'attivazione della visita domiciliare, ne predispose l'effettuazione.

Il costo delle visite domiciliari attivate con il servizio di Guardia medica sono liquidate con una franchigia di **36,00 euro** per ogni visita, che l'Assicurato paga direttamente al medico.



G.9.

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.9.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	non previsti	350,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale	Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese 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.



G.10.

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.10.	FRANCHIGIE/SCOPERTI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	non previsti	
Regime rimborsuale	Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta	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	

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 dal documento di spesa o dalla data delle dimissioni 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)

meta salute
FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

Piano Sanitario Base

**PRESTAZIONI
SOCIALI
E CONTO SALUTE**



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 di una 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 (salvo quanto espressamente previsto per la garanzia H.7).

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE E QUANTO VIENE RICONOSCIUTO

H.1. INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ PER ASTENSIONE FACOLTATIVA

CONDIZIONI / MASSIMALE

Indennità giornaliera di € 15,00 innalzata del 40% in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito *per la durata massima di 90 giorni complessivi per anno.*

La presente garanzia opera in favore di madri lavoratrici e padri lavoratori che decidono di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità in corso di vigenza della presente polizza, decorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, *sino ai 12 anni non compiuti del bambino*, indipendentemente dalla data del parto.

Si precisa che nel caso in cui siano assicurati entrambi i genitori, l'indennità potrà essere riconosciuta solo a uno dei due lavoratori che ne facciano richiesta.

H.2. INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI

CONDIZIONI / MASSIMALE

Indennizzo annuo ai Titolari caponucleo che hanno figli disabili con invalidità riconosciuta superiore al 45%²

- 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.

H.3. INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI IN LTC TEMPORANEA

CONDIZIONI / MASSIMALE

Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori (del Titolare caponucleo) in LTC temporanea fino ad un massimo di € 350,00 anno/nucleo familiare.

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

H.4. RETTE ASILI NIDO

CONDIZIONI / MASSIMALE

Indennità di € 400,00 innalzata a € 550,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito erogata per l'anno scolastico, a titolo forfettario, a favore del Nucleo Familiare che utilizza per i propri figli asilo nido pubblico o privato, legalmente riconosciuto.

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento della retta.

² Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

**H.5. CONSULTO NUTRIZIONALE E DIETA
PERSONALIZZATA**
CONDIZIONI / MASSIMALE

1 consulto e dieta personalizzata all'anno per nucleo familiare

Assistenza diretta
Illimitato
Regime rimborsuale
€ 80,00 anno/nucleo familiare,
di cui **€ 50,00** per la visita e **€ 30,00** per la dieta

**H.6. BORSE DI STUDIO PER I FIGLI
DEL TITOLARE CAPONUCLEO**
CONDIZIONI / MASSIMALE

Erogazione a titolo forfettario di una borsa di studio a favore del Titolare caponucleo i cui figli abbiano raggiunto in corso di copertura una delle seguenti condizioni:

- a. Diploma di istruzione secondaria superiore, con votazione almeno di 90/100
- b. Iscrizione, in corso (cioè quando si sono sostenuti tutti gli esami previsti per il primo anno), al secondo anno di università, con media almeno di 26/30

Le somme erogate sono le seguenti:

- a. Diploma di istruzione secondaria superiore: **€ 350,00**
- b. Iscrizione, in corso, al secondo anno di università: **€ 500,00**

**H.7. PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ
SPORTIVA PER I FIGLI**
CONDIZIONI / MASSIMALE
H.7.1 QUOTA ASSOCIATIVA PER ATTIVITÀ SPORTIVA

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, la quota associativa (o quota iscrizione) sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica, escluso l'abbonamento, del figlio assicurato.

La garanzia opera anche se i familiari del Nucleo diversi dal figlio al quale la domanda di rimborso della quota associativa si riferisce hanno già ricevuto il rimborso/liquidazione di prestazioni sanitarie previste dalle presenti condizioni di assicurazione nella medesima annualità assicurativa.

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

€ 120,00 anno/nucleo familiare

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento della quota associativa.

**H.7. PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ
SPORTIVA PER I FIGLI**

CONDIZIONI / MASSIMALE

**H.7.2 VISITA SPORTIVA AGONISTICA / NON
AGONISTICA**

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa una visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo) del figlio.

La garanzia sarà operante solo se non è stato richiesto il rimborso/liquidazione di nessuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

La garanzia opera anche se i familiari del Nucleo diversi dal figlio al quale la domanda di rimborso della quota associativa si riferisce hanno già ricevuto il rimborso/liquidazione di prestazioni sanitarie previste dalle presenti condizioni di assicurazione nella medesima annualità assicurativa.

L'eventuale richiesta di indennizzo di tale prestazione può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento per la visita sportiva agonistica e non (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella in cui è stato effettuato il predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie in favore del figlio.

Assistenza diretta – **Illimitato**

Regime rimborsuale – **€ 55,00** per anno/nucleo familiare

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento della visita.

**H.8. SPESE PER LA FREQUENZA
DI COLONIE ESTIVE**

CONDIZIONI / MASSIMALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per frequentare colonie estive (marine e montane). Come tali si intendono le strutture in località marine o montane destinate al soggiorno di bambini e adolescenti che vi svolgono attività ludiche e ricreative.

La garanzia opera solo se non è stato richiesto il rimborso/liquidazione di nessuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio minorenni; l'eventuale richiesta di indennizzo di tale prestazione può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese per la colonia estiva (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella in cui è stato effettuato il predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie in favore del figlio.

Assistenza diretta – **€ 120,00** per anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale – **€ 75,00** per anno/nucleo familiare

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

PER TUTTE LE GARANZIE DOVE PREVISTO

- A.** Per l'accertamento del Nucleo Familiare monoparentale la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia (artt. 19 - 46 – 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000).
- B.** Per l'accertamento del Nucleo Familiare monoreddito, la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del CARICO FAMILIARE e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia (artt. 19 - 46 – 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000).

H.1. INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ PER ASTENSIONE FACOLTATIVA

- Stato di famiglia;
- In caso di adozione, relativo certificato;
- In caso di Nucleo Familiare **monoreddito**, la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare;
- Modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie;
- Dichiarazione aziendale attestante il periodo di astensione dal lavoro per maternità/paternità facoltativa indicante sia la data di inizio dell'aspettativa sia la data del rientro all'attività lavorativa. In alternativa alla dichiarazione aziendale copia della busta paga e/o delle buste paga dalle quali si evince chiaramente il numero dei giorni di aspettativa fruiti nel mese oppure complessivamente goduti.

H.2. INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI

- 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
- In caso di Nucleo Familiare **monoparentale**, dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia;
- In caso di Nucleo Familiare **monoreddito**, la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia;
- Modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie.

H.3. INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI IN LTC TEMPORANEA

- Certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza temporanea del genitore;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il grado di parentela;
- Certificato di esistenza in vita e codice fiscale;
- Modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie.

H.4. RETTE ASILI NIDO

- Certificato di iscrizione al nido;
- Copia delle fatture relative all'anno scolastico o del bonifico/bollettino postale con causale parlante;
- In caso di Nucleo Familiare **monoparentale**, dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia;
- In caso di Nucleo Familiare **monoreddito**, la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia;
- Modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie.

H.5. CONSULTO NUTRIZIONALE E DIETA PERSONALIZZATA

- Per il solo regime rimborsuale: copia del documento di spesa;
- Indicazione del titolo di studio del medico che ha effettuato la prestazione;
- Modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie.

H.6. BORSE DI STUDIO PER I FIGLI DEI DIPENDENTI

- Copia del Diploma o del certificato sostitutivo del diploma;
- Per il corso di laurea: certificato comprovante l'iscrizione in corso (cioè il sostenimento di tutti gli esami previsti per il primo anno) al secondo anno del corso di laurea, fotocopia del libretto universitario o attestazione rilasciata dall'Ateneo che riporta gli esami sostenuti e gli esiti relativi al primo anno, nonchè piano di studi del primo anno;
- Modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie.

H.7. PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA (solo Piano Base)

1. QUOTA ASSOCIATIVA PER ATTIVITÀ SPORTIVA

- Fattura della quota associativa annuale rilasciata dalla Società Sportiva attestante che l'attività sportiva non sia agonistica;
- 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 per i figli appartenenti al Nucleo Familiare.

2. VISITA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA

- Copia fatture e/o ricevute fiscali;
- 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 per i figli appartenenti al Nucleo Familiare.

H.8.2 COLONIE ESTIVE (solo Piano Base) N.B. Unica prestazione sociale per la quale sono previste strutture convenzionate.

- Fattura rilasciata dalla colonia estiva riportante il periodo di soggiorno;
- Modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie (per il Piano Base).

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 dal documento di spesa o dalla data delle dimissioni 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)

I. CONTO SALUTE

I.1. PIANO DI RISPARMIO SANITARIO

Piano costruito con la logica delle polizze sanitarie utilizzate nel sistema sanitario (NSH) nel Regno Unito e note come "cash plan", che consente ai nuclei familiari di accreditare su un proprio conto dedicato i risparmi sanitari derivanti da ciascuna annualità assicurativa per poter disporre di una maggior somma in termini di rimborso quando si verifica uno o più eventi in copertura.

ALIMENTAZIONE DEL CONTO SALUTE

A) ACCUMULO DI BONUS SALUTE

Se l'Assicurato nel **biennio di copertura** 2021-2022 effettua annualmente almeno uno dei protocolli destinati alla diagnosi precoce delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT - cioè Pacchetto Uomo/Donna, Pacchetto Ipertensione, Pacchetto per Prevenzione Asma e BPCO):

- alla fine del biennio è accreditato sul suo Conto Salute un importo del 25% del premio annuo.
- l'importo può essere utilizzato:
 - per incrementare nelle annualità successive, fino a raggiungere l'importo di spesa, l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare o
 - per ridurre eventuali quote a carico dell'Assicurato (scoperti e franchigie).
- l'Assicurato può chiedere l'utilizzo integrale o parziale (al 50%) delle somme accantonate nel suo Conto Salute in occasione di ogni richiesta di sinistro effettuato sia in forma diretta che rimborsuale successiva all'accredito.

B) RISPARMIO SANITARIO

Se il nucleo familiare nel corso dell'annualità non ha ottenuto il rimborso di nessuna prestazione (Sanitaria e Sociale, eccetto la Prevenzione che non rientra nel computo):

- l'Assicurato può chiedere al Fondo l'accredito sul proprio conto salute del risparmio conseguito nell'annualità nella misura del 10% del premio annuo
- a seguito della richiesta l'importo è tempestivamente accreditato sul suo Conto Salute e può essere utilizzato:
 - per incrementare nelle annualità successive, fino a raggiungere l'importo di spesa, l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare
 - per ridurre eventuali quote a carico dell'Assicurato (scoperti e franchigie).
- l'Assicurato può chiedere l'utilizzo integrale o parziale (al 50%) delle somme accantonate nel suo Conto Salute in occasione di ogni richiesta di sinistro effettuato sia in forma diretta che rimborsuale successiva all'accredito.