

A partire dal **1° gennaio 2024** è in vigore il **Nuovo Piano Sanitario valido per il triennio 2024-2026**. Nella pagina dedicata "I Piani Sanitari" del sito www.fondometasalute.it sono state pubblicate le Condizioni di Assicurazione che guidano le prestazioni sanitarie per il triennio di riferimento. Il Piano, per sua natura, interviene in caso di malattia o infortunio e in caso di necessità si consiglia un'attenta lettura delle Condizioni di Assicurazione per comprendere le modalità di accesso alle prestazioni.

Da sapere: Garanzia A.1 – Prestazioni Ospedaliere

Si precisa che le **prestazioni post ricovero collegate ad un intervento avvenuto nel 2023, e che dovranno essere eseguite nel 2024, potranno essere erogate esclusivamente in forma rimborsuale alle condizioni previste per l'evento principale (ricovero)**. Tali prestazioni post ricovero possono essere effettuate presso una struttura convenzionata con il Network, oppure non convenzionata, e verranno applicate le condizioni (massimali ed eventuali scoperti e franchigie) del regime (forma diretta o rimborsuale) prescelto per l'evento principale (ricovero).

LE PRINCIPALI NOVITA'

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Per il triennio 2024-2026 è stato **aggiornato l'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici**.

Sul Piano Base sono stati inseriti gli interventi "salva-vita" associati ai tumori della mammella (quadrantectomia e in aggiunta intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia) e agli interventi alla prostata (prostatectomia). In più, in caso di isterectomia (rimozione dell'utero), sarà possibile procedere con qualsiasi tecnica (sia per via laparotomica che laparoscopica).



Gli interventi di artroprotesi di anca, ginocchio e gomito saranno presenti come interventi chirurgici a partire dal Piano Integrativo MS 2.

Le restante voci dell'elenco restano invariate.

Da sapere:

- Il **Piano Base** (e il Piano Integrativo MS 1) **comprende tutti gli interventi presenti nell'Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici** (pubblicato nella sezione "I Piani Sanitari" del sito del Fondo). A partire **dal Piano Integrativo MS 2 sono presenti tutti gli interventi** (con relative regole e massimali). Per richiedere una prestazione legata a un intervento (es. fisioterapia post intervento) è necessario verificare che lo stesso sia compreso nella Lista dei grandi interventi e quale Piano Sanitario è attivo.
- Per "**l'intervento laser correzione difetti visivi**" (compreso nel Piano Integrativo MS 2 e superiori) verranno rimborsate le spese sostenute per la correzione di difetti visivi **pari o superiori a 7 diottrie** per ciascuno dei due occhi.



GARANZIA B.1 – ALTA SPECIALIZZAZIONE



L'elenco delle prestazioni di Alta Specializzazione è stato aggiornato.

- Esami di laboratorio e accertamenti diagnostici: quello che non è presente rispetto al passato è stato spostato nella garanzia B.4 "Accertamenti diagnostici".
- Terapie: non sono più presenti. Eccezione "infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio" che sono state spostate nella garanzia B.2 "Visite specialistiche" e "laserterapia" che rientra nella garanzia C. Fisioterapia.

Esempio:

Ecografia e accertamenti radiografici, non più presenti nell'elenco B.1 "Alta specializzazione", saranno fruibili attraverso la garanzia B.4 "Accertamenti Diagnostici".

GARANZIE B.1, B.2 e B.4 – MASSIMALE DI 5 PRESTAZIONI PER TIPOLOGIA



Le prestazioni previste dalla presente garanzia alle lettere B.1, B.2 e B.4 sono indennizzabili nell'ambito di un **massimale di 5 prestazioni annue per nucleo familiare** per tipologia di garanzia (tale limitazione non si applica nel caso di presenza di figli disabili nel nucleo familiare).

Il conteggio viene effettuato con riferimento a ogni singola prestazione. Questo vale anche nel caso in cui fossero eseguite più prestazioni assieme, riferibili alla medesima prescrizione medica.



Attenzione: per la garanzia B.3, relativa alle visite e agli accertamenti tramite Ticket SSN, NON è previsto nessun limite di prestazioni (ed il **Ticket è coperto al 100%**).



Esempio regime in forma diretta:

Esempio 1: viene aperto un VoucherSalute con richiesta prestazione di Alta Specializzazione (es. Elettroencefalogramma). In questo caso viene conteggiato un -1 come garanzia B.1 "Alta specializzazione".

Esempio 2: con la stessa prescrizione medica viene aperto un VoucherSalute con visita specialistica (es. visita oculistica) e un accertamento diagnostico (es. campimetria visiva). In questo caso verrà conteggiato un -1 come garanzia B.2 "Visita specialistica" e un -1 come garanzia B.4 "Accertamenti diagnostici".

Conteggio prestazione in caso di analisi di laboratorio (B.4 "Accertamenti Diagnostici")



Assistenza Diretta: per le analisi di laboratorio **si conterà il prelievo** indipendentemente dal numero delle impegnative presentate e degli esami del sangue da eseguire **purché eseguiti in unica seduta/unico prelievo** (il prelievo verrà conteggiato come -1 garanzia B.4 "Accertamenti diagnostici").



In caso di regime rimborsuale, il documento di spesa potrebbe contenere più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica. In questi casi è necessario, come riportato nelle Condizioni di Assicurazione, **effettuare la richiesta in un'unica volta caricando all'interno della stessa richiesta di rimborso (stesso numero di pratica) ciascuna prestazione separatamente. In caso contrario la fattura NON potrà più essere utilizzata.**



Se il documento di spesa riporta **una prestazione e il relativo costo**, si riceverà il rimborso in base ai massimali previsti e verrà conteggiata -1 in relazione alla garanzia fruita.

Esempio:

Visita Oculistica, fattura 90€, Rimborso 50€ → -1 su B.2 "Visite Specialistiche".



Se la **fattura contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica** è necessario, per quanto possibile, richiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

Cosa fare in presenza di una fattura contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica

IPOTESI 1

- Nella fattura **è riportato il costo di ogni singola prestazione**

L'iscritto, in fase di richiesta rimborso, dovrà indicare **in un'unica volta tutte le prestazioni per cui vuole ottenere il rimborso** (tramite la procedura guidata).

Se questa procedura non venisse seguita, verrà rimborsata la sola prestazione richiesta e la fattura **NON potrà essere utilizzata per richiedere il rimborso delle altre prestazioni presenti nella stessa fattura.**

IPOTESI 2

- Nella fattura **non è riportato il costo di ogni singola prestazione, ma un costo unico**

L'iscritto, in fase di richiesta, indicherà la prestazione per cui vuole ottenere il rimborso e verrà rimborsata, secondo i massimali previsti, la sola prestazione scelta.

La fattura **NON potrà essere utilizzata per chiedere il rimborso delle altre prestazioni.**

Dopo aver caricato i documenti richiesti, indicare se aggiungere un'ulteriore prestazione (in questo caso collegata alla stessa fattura):

Aggiungere una nuova prestazione collegata allo stesso evento?

(Per evento si intende l'insieme di prestazioni collegate alla stessa patologia/diagnosi. Si ricorda che è necessario inserire una singola pratica per ogni patologia/diagnosi.)

SÌ NO

Ipotesi 1: cliccare su "sì" e inserire l'ulteriore richiesta (specificando, per ognuna, se Ticket o Privato).

Ipotesi 2: cliccare su "no" e indicare la prestazione per cui si richiede il rimborso.

Esempi

Fattura unica di 110 € per Visita e Accertamento Diagnostico eseguiti lo stesso giorno e riferibili alla medesima prescrizione medica

IPOTESI 1: nella fattura viene indicato il costo di 70 € riferibile alla Visita e di 40 € riferibile all'Accertamento

CASO A: l'Assicurato chiede il rimborso della sola Visita. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € (sub-massimale per singola Visita), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'Accertamento.

CASO B: l'Assicurato chiede il rimborso del solo Accertamento. L'Assicurato ottiene il rimborso di 30 € (sub-massimale per singolo Accertamento), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso della Visita.

CASO C: l'Assicurato, inserita la richiesta di rimborso della Visita, prosegue e inserisce contestualmente la richiesta di rimborso anche dell'Accertamento, in quanto riferito alla medesima prescrizione medica. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € per la Visita e di 30 € per l'Accertamento e vengono conteggiate 2 prestazioni indennizzate.

IPOTESI 2: nella fattura viene indicato il costo di 110 € riferibile alle prestazioni Visita e Accertamento, senza alcun dettaglio relativo al costo di ciascuna delle prestazioni.

In questo caso l'Assicurato potrà utilizzare la fattura per chiedere il rimborso di una sola prestazione e otterrà 50 € (submassimale per singola Visita) oppure 30 € (submassimale per Accertamento) a seconda di quale sia la tipologia di prestazione valorizzata in sede di richiesta di rimborso (Visita oppure Accertamento). Viene quindi conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'altra prestazione eseguita.

GARANZIA B.3 - TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE



Come riportato precedentemente: se la **fattura contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica** è necessario, per quanto possibile, richiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (**ticket o a pagamento**).

Cosa fare in presenza di un documento di spesa contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica.

CASO 1: tutte le prestazioni sono eseguite in regime di ticket e il costo di ognuna è riportato in fattura.

Indicare **nella stessa richiesta** tutte le prestazioni per cui si chiede il rimborso, valorizzando la categoria "Ticket" dalla funzionalità messa a disposizione (o nel modulo cartaceo).

CASO 2: alcune prestazioni sono eseguite in regime di ticket e altre a pagamento e il costo di ognuna (e il relativo regime) è riportato in fattura.

Indicare **nella stessa richiesta** tutte le prestazioni per cui si chiede il rimborso valorizzando la garanzia per cui le stesse si riferiscono (es. Ticket per quelle eseguite in regime pubblico; Alta Specializzazione o Visite specialistiche per quelle eseguite a pagamento) dalla funzionalità messa a disposizione (o nel modulo cartaceo).

CASO 3: nella fattura **non** è riportato il costo delle singole prestazioni, ma un costo unico

L'iscritto effettua la richiesta e riceverà il rimborso di una sola prestazione alle condizioni previste dalla garanzia valorizzata (nel caso in cui l'iscritto abbia valorizzato la garanzia "Ticket", riceverà un importo pari a quello previsto per il ticket dalla legge in vigore). Il documento di spesa NON potrà essere più utilizzato per chiedere il rimborso delle altre prestazioni presenti nella stessa fattura.

Prestazioni extraospedaliere (B.1-B.2-B.4-B.5) - Eliminazione obbligo regime diretto in struttura convenzionata

Per le **sole** prestazioni relative alle garanzie Extraospedaliere (**B.1-B.2-B.4-B.5**) l'Isritto potrà richiedere il rimborso (dunque accedere al regime indiretto) anche se si reca presso una struttura convenzionata/medico convenzionato.



Esempio:

l'Isritto NON apre il VoucherSalute e si reca presso una struttura convenzionata con il network Previmedical/RBM. Può richiedere, secondo i massimali previsti, il rimborso della prestazione.

Garanzia F.1 - Invalidità Permanente



Per la garanzia Invalidità permanente il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) ed è utilizzabile esclusivamente presentando una richiesta di rimborso.

Da sapere:

Il rimborso per questa garanzia è UNA TANTUM.

Per evitare errori, e perdere l'eventuale massimale previsto in base alla propria percentuale di invalidità, è consigliato effettuare un'unica richiesta allegando tutte le fatture disponibili. Es. l'Isritto che ha un massimale di € 7.000 e richiede un rimborso di € 2.000, non potrà più richiedere prestazioni per i € 5.000 rimanenti nel triennio di riferimento.



In caso di invalidità rivedibile, per il massimale si farà riferimento all'ultimo verbale in vigore al momento in cui si presenta la richiesta di una tantum. Se a seguito di revisione la percentuale di invalidità riconosciuta dovesse variare, non sarà possibile all'Assicurato richiedere eventuali modifiche dell'importo dell'indennità.

I contenuti di questo documento hanno carattere puramente riassuntivo di quanto riportato nelle "Condizioni di assicurazione", che regolano le prestazioni assicurative erogate da Intesa Sanpaolo RBM Salute per dare esecuzione ai Piani Sanitari. Le Condizioni di Assicurazione sono l'unico strumento valido per una completa ed esaustiva conoscenza dei Piani Sanitari e delle condizioni contrattuali.