



**Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100609 Metasalute
PIANO INTEGRATIVO B**

**Massimali*/somme assicurate -
scoperti/franchigie/massimi indennizzabili**

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale	
A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA) Massimale Sub-massimale intervento ricostruttivo post mastectomia Condizioni	con eccezione di quelli previsti dai § D e G diretta rimborso/S.S.N. illimitato 18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici" 4.000,00 euro una tantum a triennio (2021-2023) per evento a mammella diretta Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato rimborso Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato Ticket 100% Pre/Post gg. illimitati Trasporto di primo soccorso Scoperto 30% Retta di degenza dell'accompagnatore Scoperto 50%
A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)	100,00 euro al giorno max. 150 gg.
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B.1 Alta Specializzazione Massimale Condizioni	da elenco diretta rimborso/S.S.N. illimitato 20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici diretta rimborso Scoperto 30% esami di alta diagnostica radiologica max. 75,00 euro per accertamento accertamenti alta specializzazione e terapie max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia Ticket Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche Massimale	



<p>Condizioni</p> <p>diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>illimitato</p> <p>20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici</p> <p>Scoperto 30% max. 55,00 euro per visita Scoperto 30%</p>
<p>B.3 Ticket per accertamenti diagnostici Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>Ticket</p>	<p>20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici</p> <p>Scoperto 30%</p>
<p>B.4 Accertamenti diagnostici Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>illimitato</p> <p>20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici</p> <p>Scoperto 30% max. 36,00 euro per fattura Scoperto 30%</p>
<p>B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (l'indennità sostitutiva da parto cesareo rientra nel § A.2)</p> <p>- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N. - amniocentesi o villocentesi: <ul style="list-style-type: none"> • per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione • per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. <p>- B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia - controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale - una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore <p>Massimale Condizioni</p> <p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).</p> <p>700,00 euro per evento gravidanza</p> <p>100% 100% 100%</p>



<p>- B.5.3 Supporto psicologico post parto</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>		<p>Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche</p> <p>diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>11limitato 11limitato</p> <p>diretta rimborso ticket</p> <p>100% max. 36,00 euro per visita 100%</p>
C. FISIOTERAPIA		
<p>C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>		<p>Diretta/diretta domiciliare</p> <p>500,00 euro</p> <p>rimborso/S.S.N.</p> <p>250,00 euro</p> <p>diretta diretta domiciliare rimborso Ticket</p> <p>Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 36,00 euro per prestazione 100%</p>
<p>C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>		<p>Diretta/diretta domiciliare</p> <p>500,00 euro</p> <p>rimborso/S.S.N.</p> <p>250,00 euro</p> <p>diretta diretta domiciliare rimborso Ticket</p> <p>Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso Scoperto 30% 100%</p>
<p>C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>		<p>Diretta/diretta domiciliare</p> <p>500,00 euro</p> <p>rimborso/S.S.N.</p> <p>250,00 euro</p> <p>diretta diretta domiciliare rimborso Ticket</p> <p>Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 36,00 euro per prestazione 100%</p>



D. ODONTOIATRIA

D.1 Cure dentarie		cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta	3.500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
Condizioni	diretta	Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
	rimborso	Scoperto 35%
		Scoperto 25%
	Ticket	100%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure dentarie
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 55,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione tartaro		Una volta l'anno
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 55,00 euro anno/nucleo familiare
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 50,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascenso dentario da strumento



	<p>endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) ; Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pede estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p>	
Massimale	3.500,00 euro	
Condizioni		
	diretta	Scoperto 35%
	Ticket	100%
E. PREVENZIONE		
<p>Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione dalla presente sezione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.</p>		
E.1 PREVENZIONE BASE		
E.1.1 Prevenzione base		
Massimale		esami del sangue[alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES solo se espressamente richieste dal MMG], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età non compiuti), elettrocardiogramma di base, ecotomografia addome superiore solo per esigenze motivate dal Medico di Medicina Generale (MMG), come da elenco. Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023). Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG.
	Diretta	Illimitato
	Rimborso	80,00 euro a pacchetto
Condizioni		



	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Sindrome metabolica		L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online. L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata. una volta l'anno/ogni 6 mesi, prestazioni da elenco
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni • Visita ginecologica + PAP TEST Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B) Donne – tra 40 e 49 anni • Visita senologica • Mammografia Donne – oltre i 50 anni - Mammografia Donne – senza limiti di età - Ecografia transvaginale solo se espressamente richiesta dal MMG Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della “Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)” (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne – tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023)
Massimale		



	Diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		
Massimale	Diretta Rimborso	Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023). Uomo – oltre i 21 anni - visita cardiologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) solo se espressamente richiesta dal MMG Uomo – oltre i 50 anni • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo Uomo – senza limite di età - visita urologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia prostatica (Ecografia transrettale) solo se espressamente richiesta dal MMG
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		
Massimale	Diretta Rimborso	1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023): • PSA FREE: • 2 PRO SPA (solo se espressamente richieste dal MMG)
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo Scoperto 20% Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)		
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio)		
A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dell'INAIL		
tra 24% e 33%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco) 7.000,00 euro
>33% e fino 66%		10.000,00 euro
>66% e fino 100%		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore al 80% (a fronte della sussistenza dei presupposti di cui al punto F.1)		
		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)



tra 80% e 90%		8.000,00 euro
tra 91% e 100%		10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori (eseguiti in chirurgia ambulatoriale Day-Surgery o Day Hospital)		da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno.
Massimale		
	diretta	5.000,00 euro per evento
	rimborso/S.S.N.	2.500,00 euro per evento
Condizioni		
	diretta	Scoperto 30%
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto		
Massimale	Diretta/rimborso	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA)-tutte le tecniche		
Massimale		
	diretta	700,00 euro
	rimborso	500,00 euro
G.4 Trisomia 21-sindrome di Down (figli del titolare caponucleo)		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.5 Visite psicologiche/psichiatriche		
Massimale		un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia
	diretta	350,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
G.6 Logopedia figli minorenni		
Massimale		100,00 euro
	diretta	100%
	rimborso	max. 20,00 euro a seduta
	Ticket	100%
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)		
G.7.1 Bambini (0-11 non compiuti)-Visite ed accertamenti diagnostici		
Massimale		10.000,00 euro anno/figli
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita e per fattura
	Ticket	100%



<p>G.7.2 Bambini (0-11 non compiuti)-Esami di laboratorio</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso Ticket</p>	<p>5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura</p> <p style="text-align: right;">100% max. 36,00 euro a fattura 100%</p>
<p>G.7.3 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Visite ed accertamenti diagnostici</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso Ticket</p>	<p>max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno</p> <p style="text-align: right;">10.000,00 euro anno/figli 100% max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%</p>
<p>G.7.4 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Esami di laboratorio</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso Ticket</p>	<p>5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura</p> <p style="text-align: right;">100% max. 36,00 euro a fattura 100%</p>
<p>G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p>	<p style="text-align: right;">550,00 euro</p> <p>max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio</p>
<p>G.9 Cure termali</p> <p>Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso Ticket</p> <p>Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico)</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso Ticket</p>	<p style="text-align: right;">illimitato</p> <p>50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno 100%</p> <p style="text-align: right;">illimitato</p> <p>50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno 100%</p>
<p>H. PRESTAZIONI SOCIALI (solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)</p>	
<p>H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo</p>	<p>Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.</p>



SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.

***I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato**

Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.