

**GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE
REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA
E REGIME RIMBORSUALE**



INDICE

PREMESSA	Pag. 3
I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA	Pag. 5
A. PRIMA DELLA PRESTAZIONE	Pag. 5
B. CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA (ECCEZIONE)	Pag. 8
B.1 Per Ricovero	Pag. 8
B.2 Per Prestazioni Extraospedaliere	Pag. 8
C. LA PRENOTAZIONE	Pag. 9
D. MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA	Pag. 9
E. DOPO L'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE	Pag. 9
F. ESEMPI DI RICHIESTA DI EMISSIONE DEL VOUCHERSALUTE® PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	Pag. 10
II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE	Pag. 12
G. DOMANDA DI RIMBORSO	Pag. 12
G.1 Come Chiedere il Rimborso	Pag. 12
G.2 La Richiesta di Rimborso Cartacea	Pag. 15
G.3 La Richiesta di Rimborso On-Line	Pag. 15
III. SERVIZI ACCESSORI	Pag. 16
H. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA	Pag. 16
I. SERVIZIO “VEDI LA TUA PRATICA”	Pag. 16
L. SERVIZIO “DOCTOR ON LINE”	Pag. 16
M. ACCESSO A “GATE 179”	Pag. 16
N. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE Metasalute	Pag. 17
O. GARANZIE ACCESSORIE	Pag. 17
APPENDICI	
Guida Breve Garanzia Ricovero	
Guida Breve Garanzia Visite Specialistiche	
Guida Breve Garanzia Alta Specializzazione e Accertamenti Diagnostici	
Guida Breve Pacchetto Maternità	
Guida Breve Garanzia Fisioterapia	
Guida Breve Garanzia Cure Odontoiatriche	
Guida Breve Garanzia Prevenzione	
Guida Breve Garanzia Lenti Correttive	
Guida Breve Garanzia Farmaci	
Guida Breve Prestazioni Sociali e Conto Salute	

PREMESSA

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti 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 Assistiti 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'Assistito 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) che rimangono a suo carico;

SI RICORDA CHE IN CASO DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA, L'ASSISTITO **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 Assistiti 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'Assistito 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., 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'Assistito 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, coalgia, 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, poliamealgia."

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 determinate 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'assistito abbia richiesto un VoucherSalute® a dicembre 2019 e, in base alla disponibilità dell'agenda della struttura sanitaria, la prestazione venisse erogata a gennaio 2020, sarà indennizzata a valere su massimale previsto per l'annualità 2020. Suddetta interpretazione si ritiene valida ed operativa dal 01/01/2020.

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 Assistiti 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 San Paolo 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 Assistiti, 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, sarà sufficiente proporre la candidatura (eventualmente anche a cura della struttura sanitaria medesima) a Intesa San Paolo RBM Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@previmedical.it

1. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

A. PRIMA DELLA PRESTAZIONE

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

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

Per le **prestazioni fisioterapiche**, l'Assistito 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'Assistito dovesse decidere di cambiare struttura convenzionata, dovrà:

- per le **prestazioni odontoiatriche**: inserire all'interno della propria area riservata la richiesta di un VoucherSalute® per “prima visita odontoiatrica e/o di igiene 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 ed 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'Assistito 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'Assistito (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, 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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito 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 dal domicilio dell'Assistito superiore a 30 km, l'Assistito avrà diritto 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.

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.

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 dal domicilio dell'Assistito superiore a 30 km, l'Assistito 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'Assistito **dovrà trasmettere alla Centrale Operativa - tramite portale web o app mobile o a mezzo e-mail all'indirizzo assistenza.metasalute@previmedical.it o via fax, al numero 0422.17.44.799** - la seguente documentazione:

- **prescrizione/certificato medico** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionaletempopertempovigente, **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) ed in caso di prevenzione odontoiatrica (visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale).** La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto. **Per le prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, 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. **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. **In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).** Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

- b. qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed 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'Assistito è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

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'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, espletati 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'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Assistito, 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'Assistito dovrà indicare la modalità di ricezione tra sms o e-mail del VoucherSalute®. Qualora l'Assistito 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'Assistito 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'Assistito potrà richiederne il rinnovo immediato entro un massimo di 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza (l'Assistito 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'Assistito 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 ulteriori 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 01/03/2019 e a partire dal 20/03/2019 l'Assistito che non lo abbia ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che avrà 30 giorni di validità a decorrere dalla sua nuova emissione (nel nostro esempio 20/03/2019) ed il primo VoucherSalute® non potrà più essere utilizzato. È consentito un altro rinnovo del VoucherSalute® per una validità di ulteriori 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2019 la durata complessiva di validità,

anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di rinnovo non potrà superare la data del 29/05/2019 (totale 90 gg. dal 01/03/2019).

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'Assistito 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 8 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'Assistito. Qualora l'Assistito, 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'Assistito 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'assistito 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'Assistito eventuali somme non riconosciute dai Piani Sanitari di riferimento (a titolo esemplificativo: franchigie e scoperti).

Il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini dei Piani Sanitari, secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati, è effettuato da parte di Previmedical per conto del Fondo Metasalute.

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'Assistito potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® entro i 3 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 che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui l'Assistito è ricoverato.

Il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale Operativa tramite e-mail all'indirizzo assistenza.metasalute@previmedical.it o a mezzo fax (0422.17.44.799) 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'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

B.2 PER PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE ED 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 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 a mezzo e-mail o fax 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.

NOTA BENE: In caso di urgenza odontoiatrica, l'Assistito dovrà contattare la Centrale Operativa che provvederà ad inserire la richiesta di VoucherSalute® per "prima visita odontoiatrica" selezionando la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta dall'Assistito. Lo studio odontoiatrico convenzionato effettuerà -tramite portale Claimnet- la rettifica del medesimo VoucherSalute® attivando, in tal modo, la procedura d'urgenza e si occuperà di trasmettere alla Centrale Operativa la documentazione necessaria.

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

L'Assistito 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.

Solo nel primo bimestre di attivazione della nuova procedura VoucherSalute® (18 febbraio - 31 marzo 2019) gli Assicurati che non ottemperassero a tale prescrizione verranno comunque autorizzati alla prestazione ed informati del corretto iter da seguire per le autorizzazioni successive.

La struttura sanitaria, utilizzando la piattaforma informatica messa a disposizione da RBM, 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'Assistito dovrà richiederne il rinnovo tramite la propria Area Riservata o App mobile.

D. MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito 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'Assistito 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.).

Previmedical per conto del Fondo Metasalute provvede al pagamento delle spese, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assistito e/o alla Struttura Sanitaria (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota in caso di ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, ...).

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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Assistito prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Assistito si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato e la prescrizione medica.

Esempio 2: Carie Penetrante di elemento 36

Nel caso in cui l'Assistito 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'Assistito 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'Assistito e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
 4. L'Assistito prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
 5. L'Assistito si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato e la prescrizione medica.

Esempio 3: Asportazione cisti radicolare su elemento 47

Nel caso in cui l'Assistito sia affetto da Cisti Radicolare, opportunamente documentata dopo l'asportazione anche da esame istologico, l'Assistito 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'Assistito 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'Assistito e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Assistito prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Assistito si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato e la prescrizione medica.

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

Nel caso in cui l'Assistito sia affetto da una Frattura di Corona o Radice di un dente sarà necessario sottoporsi ad 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'Assistito 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'Assistito e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Assistito prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Assistito si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato e la prescrizione medica.

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.

A decorrere dal 01/01/2020 l'edentulia viene riconosciuta, oltre che per estrazione o trauma, anche per cause di patologia, purchè documentate, fino a 12 mesi antecedenti la decorrenza dell'attuale polizza.

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

1. L'Assistito 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'Assistito e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Assistito prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Assistito si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato e la prescrizione medica.

Esempio 6: Implantologia post estrattiva in elemento 47

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

A decorrere dal 01/01/2020, l'impianto **osteointegrato** rientra nella garanzia degli interventi chirurgici odontoiatrici se posizionato **entro 12 mesi dall'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'Assistito 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'Assistito e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Assistito prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Assistito si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato e la prescrizione medica.

Esempio 7: Implantologia post estrattiva in elemento 45 a seguito di rigenerativa tardiva

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

A decorrere dal 01/01/2020, l'**impianto osteointegrato** rientra nella garanzia degli interventi chirurgici odontoiatrici se posizionato **entro 18 mesi in caso di intervento di rigenerativa tardiva**.

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

1. L'Assistito 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'Assistito e la Struttura convenzionata prescelta riceveranno a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® autorizzato per la prestazione richiesta;
4. L'Assistito prenoterà l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta;
5. L'Assistito si dovrà presentare all'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata prescelta portando con sé il VoucherSalute® autorizzato e la prescrizione medica.

2. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

G. DOMANDA DI RIMBORSO

G.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure e appena avrà a disposizione tutta la documentazione medica completa, **dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:**

- documentazione medica

- a. prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Si precisa che non sono ammessi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

- b. cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
- c. relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito.
- d. certificato del medico oculista o optometrista** regolarmente abilitato, con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista (non deve necessariamente esserci la variazione del visus). Si precisa che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in una unica soluzione entro la fine dell'anno.

Copia della denuncia in caso di smarrimento/furto degli occhiali.

Foto e dichiarazione dell'ottico attestante che la prestazione sia stata effettuata a seguito della rottura delle lenti/montatura.

Attestazione che può essere prodotta, ove ne ricorrano le condizioni, nell'area riservata del sito www.fondometasalute.it, da allegare alle richieste di rimborso per lenti e occhiali previste alla Garanzia "G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (comprese le montature) O A CONTATTO" eseguite in strutture non convenzionate - ai fini dell'applicazione delle medesime condizioni previste per l'utilizzo dei centri convenzionati - qualora il centro convenzionato per l'esecuzione delle prestazioni risulti situato fuori dalla provincia del domicilio o della residenza dell'Assistito;

- e.** Le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso.

Qualora il centro convenzionato utile all'esecuzione delle prestazioni odontoiatriche, di cui al paragrafo D.1 del Piano Sanitario, risulti essere ad una distanza superiore a 30 km rispetto al domicilio dell'Assistito, ai fini dell'applicazione delle medesime condizioni previste per il regime di assistenza diretta, alla domanda di rimborso sarà necessario allegare l'attestazione producibile nell'Area Riservata del sito www.fondometasalute.it.

- f. Qualora il centro convenzionato utile all'esecuzione dei pacchetti prevenzione risulti essere ad una distanza superiore a 30 km rispetto al domicilio dell'Assistito, ai fini dell'applicazione delle medesime condizioni previste per il regime di assistenza diretta, alla domanda di rimborso sarà necessario allegare anche la relativa attestazione producibile nell'area riservata del sito www.fondometasalute.it;
- g. copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di followup (visite, accertamenti, ecc);
- h. in caso di trattamenti fisioterapici:
- prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
 - indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio);
- i. certificato medico attestante la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità;
- j. In caso di Procreazione Assistita
- copia della cartella clinica completa
 - copia fattura e/o ricevute fiscali
- k. In caso di richiesta di indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o in caso di richiesta di indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea:
- certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza del genitore,
 - dichiarazione rilasciata dal centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) attestante la data del ricovero nella struttura e la continuità del ricovero a partire da tale data e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il grado di parentela,
 - certificato di esistenza in vita e codice fiscale;
- l. In caso di Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa:
- lettera di dimissione ospedaliera in caso di parto naturale o parto cesareo in struttura ospedaliera oppure copia della cartella ostetrica in caso di parto a domicilio;
 - certificato di avvenuta adozione e stato di famiglia;
 - 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.
- m. In caso di Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili sarà necessario inviare la seguente documentazione:
- 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;
 - dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa dell'Isritto, attestante il legame parentale tra il titolare ed il figlio disabile per il quale si chiede l'indennizzo forfettario.
- n. In caso di Indennità per la retta degli asili nido:
- Certificato di iscrizione al nido;
 - Copia delle fatture relative all'anno scolastico.

- o. In caso di borse di studio per i figli dei dipendenti:
 - Copia del Diploma o del certificato sostitutivo del diploma
 - certificato di iscrizione al Corso di laurea e fotocopia del libretto universitario o attestazione rilasciata dall'Ateneo riportante gli esami sostenuti con i relative esiti.
- p. In caso di rimborso per attività sportiva:
 - fattura della quota associativa annuale rilasciata dalla Società Sportiva attestante che l'attività sportiva non sia agonistica
- q. In caso di rimborso per colonie estive
 - fattura rilasciata dalla colonia estiva riportante il periodo di soggiorno
- r. 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);
- s. 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);
- t. Quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

- **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare, in modo evidente e leggibile, la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Inoltre, la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana o, comunque, corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Qualora l'Assistito ricevesse rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso al Fondo e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'Assistito;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato. Inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'Assistito è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza il Fondo alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;

- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

G.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet <https://www.fondometasalute.it/wp-content/uploads/2020/02/modulo-di-rimborso-metasalute-112019.pdf> (sezione: Guida all'utilizzo) compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia** della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

Fondo Metasalute

Presso Intesa San Paolo RBM Salute S.p.A. - Ufficio liquidazioni c/o Previmedical

Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

G.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera G.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso, **potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**. A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria Area Riservata dal sito www.fondometasalute.it.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere comunque avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § II, lett. G.2).

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.

3. SERVIZI ACCESSORI

H. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet www.fondometasalute.it, l'Assistito, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso;
- tipologia prestazione medica;
- persona interessata (assistito o familiare);
- totale rimborso.

I. SERVIZIO “VEDI LA TUA PRATICA”

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

In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito 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.

L. SERVIZIO “DOCTOR ON LINE”

Accedendo alla propria Area Riservata, l'Assistito potrà dialogare direttamente con gli specialisti attraverso una conferenza privata virtuale.

M. ACCESSO A “GATE 179”

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.intesasanpaolorbmsalute.com - AREA POLIZZE, l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

L'applicazione web di Intesa San Paolo RBM Salute per l'accesso a questi dati si chiama “GATE 179”.

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri - AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito www.intesasanpaolorbmsalute.com.

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia.

N. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE Metasalute

Il Fondo tramite RBM Salute, rende disponibile una APP Mobile per accedere alle seguenti funzioni:

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;
- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate con Intesa San Paolo RBM Salute;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- richiesta VoucherSalute® per le prestazioni presso le strutture convenzionate (regime di assistenza diretta).

Per accedere a tutti i servizi tramite l'APP Mobile Metasalute sarà sufficiente effettuare il login utilizzando le medesime credenziali di accesso dell'Area Riservata On-line.

O. GARANZIE ACCESSORIE

Per accedere alle **garanzie accessorie** previste dal Piano Sanitario, l'Assistito dovrà contattare la Centrale Operativa.

**GUIDA BREVE
GARANZIA RICOVERO
PIANO BASE**



A. Prestazioni Ospedaliere

● QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

PRESTAZIONI	PIANO SANITARIO BASE: RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (intendendo per tali quelli elencati all'allegato 1 del Piano Base 2018-2020 consultabile sul sito web www.fondometasalute.it)
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. La Società 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, con esclusione di quelle concernenti 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.
POST RICOVERO	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della 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. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura.
MONITORAGGIO DEL PAZIENTE	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. I dispositivi medici sono richiedibili attraverso il box dedicato "Dispositivi Medici, Kit e Accessori" presente nella pagina principale dell'Area Riservata Assicurativa.

Modalità assistenza ricovero	Condizioni	Massimale
Strutture convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa	illimitato
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	copertura del 100% della spesa	€ 18.000,00 Interventi Chirurgici ordinari € 22.500,00 Interventi Chirurgici complessi € 45.000,00 Trapianti
Forma mista, solo per RICOVERI PUNTO A (struttura convenzionata e equipe non convenzionata)		

DIARIA DI CONVALESCENZA

In caso di Inabilità temporanea totale riconoscimento di una Diaria di 100€ al giorno per un massimo di 20 giorni per anno prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura (previo invio della copia della Cartella Clinica e della Lettera di Dimissioni) oppure dal medico di medicina generale (o medico di assistenza primaria).

INDENNITÀ SOSTITUTIVA SSN

Riconoscimento di un'Indennità Sostitutiva di 100€ al giorno per un massimo di 150 giorni per ricovero previo invio della copia della Cartella Clinica

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'Iscritto 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'Iscritto ed entro il massimale di € 10.000,00 per anno e per nucleo familiare

NEONATI - RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO

Condizioni

Massimale

La garanzia A.1 Ricoveri per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1), si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati, anche quando non iscritti al Fondo, purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30gg dalla nascita.

Strutture convenzionata in regime diretto

copertura al 100% della spesa

Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita

Struttura non convenzionata in regime rimborsuale

€ 22.500,00 anno/ nucleo familiare

● **COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:**

Forma diretta in struttura convenzionata

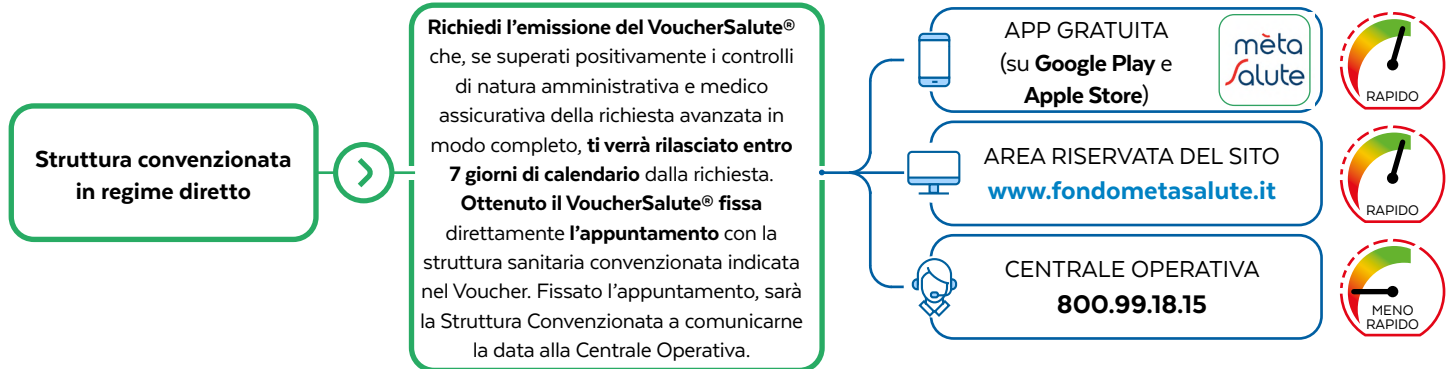
- A. Prescrizione medica, con indicato l'intervento da effettuare e il quesito diagnostico o la patologia
- B. Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte
- C. Fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata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

● **COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:**

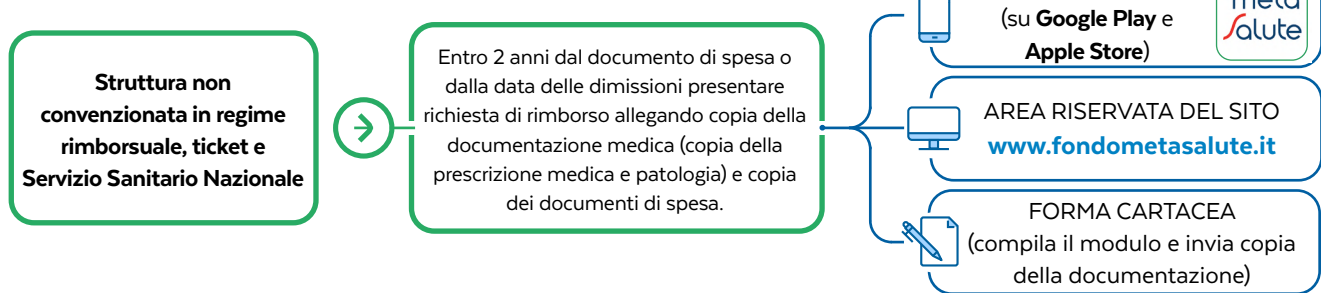
Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

● **COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?**



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



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

Allegato 1: 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 senza circolo collaterale € 18.000,00
- Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum" € 18.000,00
- Trapianto cardiaco € 45.000,00
- Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati € 18.000,00
- Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati € 18.000,00
- Tutti gli interventi: a cuore chiuso € 18.000,00

Collo

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

Esofago

- Interventi con esofagoplastica € 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 Water € 18.000,00
- Papillotomia per via transduodenale € 18.000,00
- Reinterventi sulle vie biliari € 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 cervico-toracica € 18.000,00
- Simpaticectomia lombare € 18.000,00

Intestino

- Colectomia totale € 18.000,00
- Colectomie parziali € 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

- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo € 18.000,00
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto € 22.500,00
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici € 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
- 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 o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mieloccele, 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
- Intervento per epilessia focale e callosotomia € 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 € 18.000,00
- Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici € 18.000,00
- Spondilolistesi € 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, siringomieli, 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 pancreatiche € 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
- se pervia addominoperineale, in uno od in più tempi € 18.000,00

Stomaco, duodeno

- Cardioplastica € 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 gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria € 18.000,00
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali € 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

Osteosintesi

- Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc. € 18.000,00
- Plastiche per paralisi facciali: Dinamica € 18.000,00
- Push-bach e faringoplastica € 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 (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

- Cranioplastica € 18.000,00
- Gravi e vaste mutazioni del viso € 22.500,00
- Labioalveoloschisi bilaterale € 18.000,00
- Labioschisi bilaterale € 18.000,00
- Palatoschisi totale € 18.000,00
- Ricostruzione della emimandibola € 18.000,00
- Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi € 18.000,00
- Riduzione frattura orbitaria € 18.000,00

Torace e addome

- Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio) € 18.000,00
- Malformazione della gabbia toracica € 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
- 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
- Interv. 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 ed 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
- Laringofarigeotomia € 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 ed 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

- Idem, 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

- Asportazione della parotide € 18.000,00
- Parotidectomia totale con 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
- Apertura di ascesso cerebrale € 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 coclearie € 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
- Linfadenectomia 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

- Endopielolitomia 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 € 18.000,00

Uretere

- Sigmoidostomia € 18.000,00
- 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
- Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale € 18.000,00

Uretra

- Plastiche di ricostruzione per ipospadia € 18.000,00
- Urethrectomia € 18.000,00

Vescica

- Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder € 22.500,00
- Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale € 18.000,00
- Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileouretroanastomosi € 18.000,00
- Cistoprostatovesicolectomia con ureterosigmoidostomia € 18.000,00
- Diverticolectomia con U.C.N. € 18.000,00
- Emitrigonectomia € 18.000,00
- Ileo bladder € 18.000,00
- Ileo e\o coloncistoplastiche € 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

**GUIDA BREVE
GARANZIA VISITE
SPECIALISTICHE
PIANO BASE**



B.2 Visite Specialistiche

● QUALI VISITE SONO PREVISTE:

Tutte le visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

B.2 - Visite Specialistiche	Condizioni	
Massimale : illimitato	Struttura convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa
Massimale : € 20.000 condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici", ed "B.4 Accertamenti Diagnostici"	Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo € 55 per visita
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	copertura del 100% della spesa

● COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

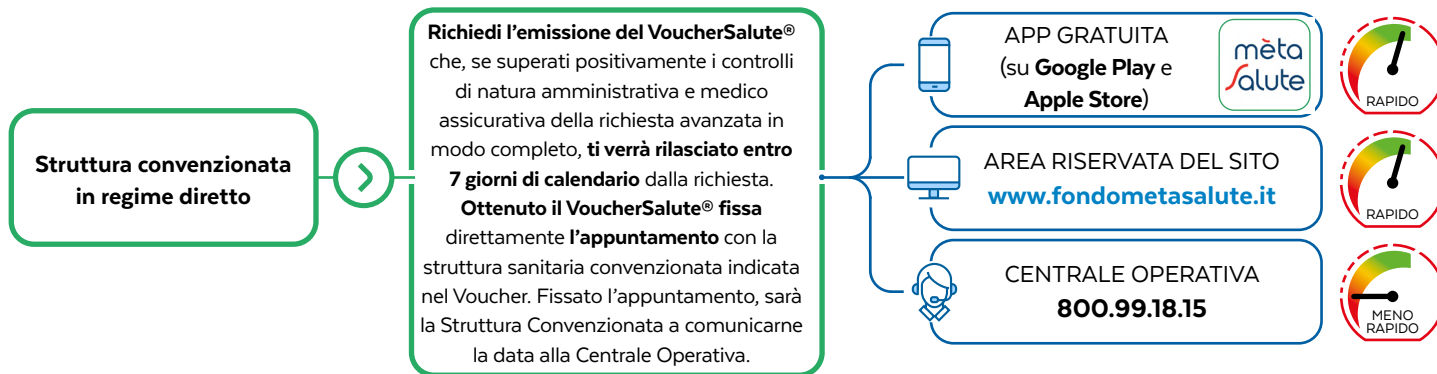
- Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
- Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte
- Fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto

● COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

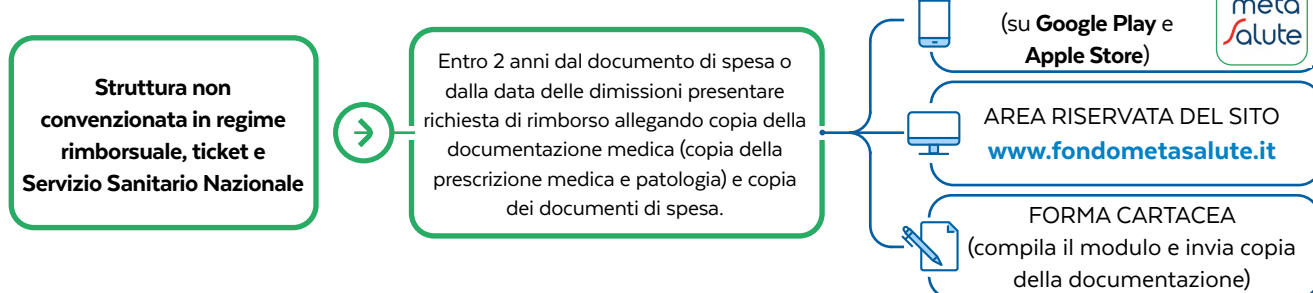
Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

● COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



● COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



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

**GUIDA BREVE
GARANZIA ALTA SPECIALIZZAZIONE
E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
PIANO BASE**



B.1 Alta Specializzazione e B.4 Accertamenti Diagnostici

B.1 - Alta Specializzazione <i>(si veda elenco prestazioni)</i>	Condizioni	
Massimale: illimitato	Struttura convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa
Massimale: € 20.000 condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" ed "B.4 Accertamenti Diagnostici"	Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo € 55 per accertamento o ciclo di terapia
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	copertura del 100% della spesa

B.4 - Accertamenti Diagnostici <i>(tutti gli accertamenti non previsti dall'Alta Specializzazione)</i>	Condizioni	
Massimale: illimitato	Struttura convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa
Massimale: € 20.000 condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.2 Visite Specialistiche" ed "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici"	Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo € 36 per fattura
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	copertura del 100% della spesa

● COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

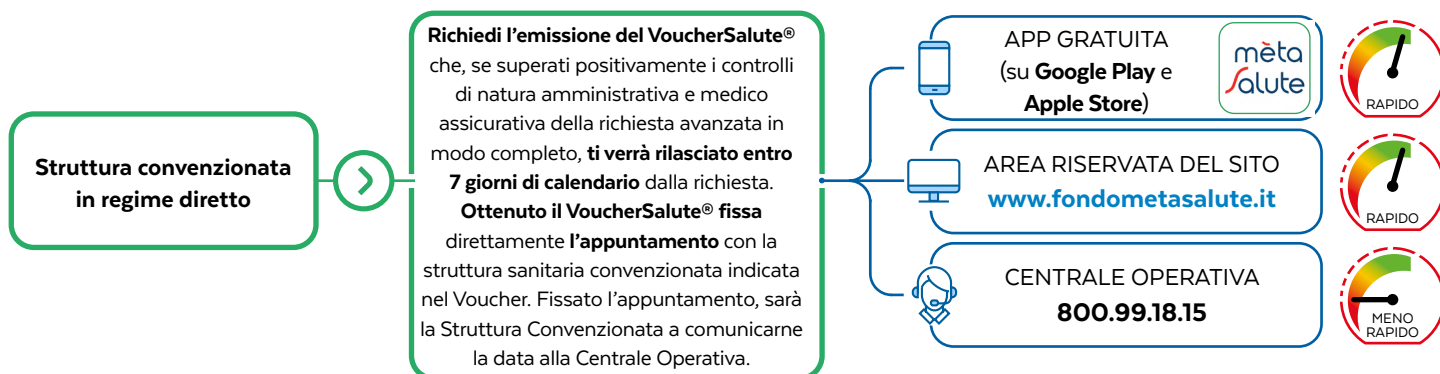
- A. Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
- B. Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte
- C. Fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto

● COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

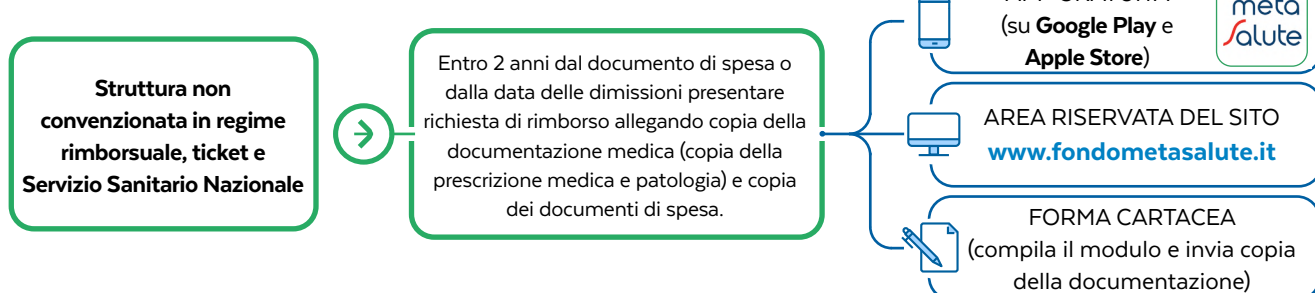
Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

● COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



● COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



B.1 Alta Specializzazione

Alta diagnostica radiologica (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) della colonna, spalla e del ginocchio

Ulteriori prestazioni

- Coronarografia compresa eventuale sala emodinamica *(in caso di ricovero sono esclusi eventuali costi di degenza)*
- 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

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

**GUIDA BREVE
GARANZIA PACCHETTO
MATERNITÀ
PIANO BASE**



B.5 - Pacchetto Maternità

● QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

<p>B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO</p>	<p>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 SSN;</p> <p>Test genetici prenatali (E.G. HARMONY TEST, PRENATAL SAFE) su DNA Fetale amniocentesi o villocentesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. per le donne di età uguale o maggiore di 35 anni, tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione; b. per le donne di età inferiore a 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette.
<p>B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE</p>	<p>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 e/o iscritto all'apposito albo professionale e una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore (massimo n. 4 visite/controlli, elevate a n. 6 per gravidanza a rischio).</p>
<p>B.5.3 INDENNITÀ PER PARTO</p>	<p>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.</p>
<p>B.5.4 CONTRIBUTO PER LATTE ARTIFICIALE</p>	<p>Contributo per il latte artificiale, nei primi 6 mesi di vita del neonato, previa presentazione della relativa prescrizione medica.</p>
<p>B.5.5 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO</p>	<p>Massimo di 3 visite psicologiche entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura).</p>
<p>B.5.6 WEEK-END BENESSERE</p>	<p>Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:</p> <p>Week-end benessere (escluso il pernottamento):</p> <ul style="list-style-type: none"> • visita dietologica • incontro nutrizionista • incontro personal trainer • lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico • trattamento termale

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Massimale: € 700,00 per evento gravidanza condiviso con la garanzia “B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche”.

Condizioni (si veda elenco prestazioni)

Struttura convenzionata in regime diretto	100%
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Massimale: € 700,00 per evento gravidanza condiviso con la garanzia “B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio”

Condizioni (si veda elenco prestazioni)

Struttura convenzionata in regime diretto	100%
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	

B.5.3 INDENNITÀ PER PARTO

€ 70,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di **7 giorni**

B.5.4 CONTRIBUTO PER LATTE ARTIFICIALE

Massimale: € 100 anno/nucleo familiare

Condizioni (si veda elenco prestazioni)

Regime rimborsuale	100%
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	

B.5.5 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Massimale: illimitato

Condizioni (si veda elenco prestazioni)

Struttura convenzionata in regime diretto	100%
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	Rimborso massimo di € 36 per visita
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	100%

B.5.6 WEEK-END BENESSERE

Massimale: illimitato

Condizioni (si veda elenco prestazioni)

Struttura convenzionata in regime diretto	100%
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	non previsto

● **COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:**

Forma diretta in struttura convenzionata

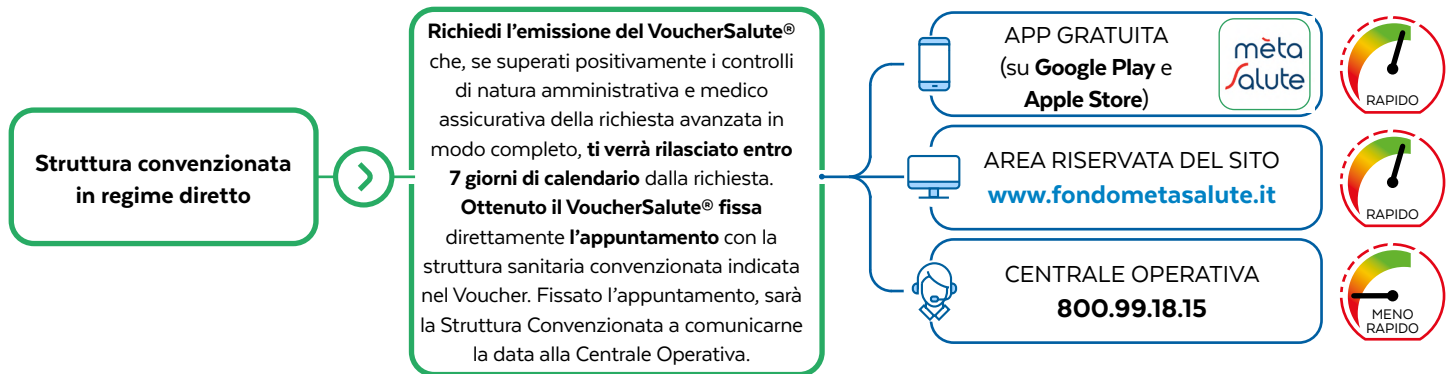
- A. Prescrizione medica con indicata la settimana di Gravidanza
- B. Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte
- C. Fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto

● **COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO¹:**

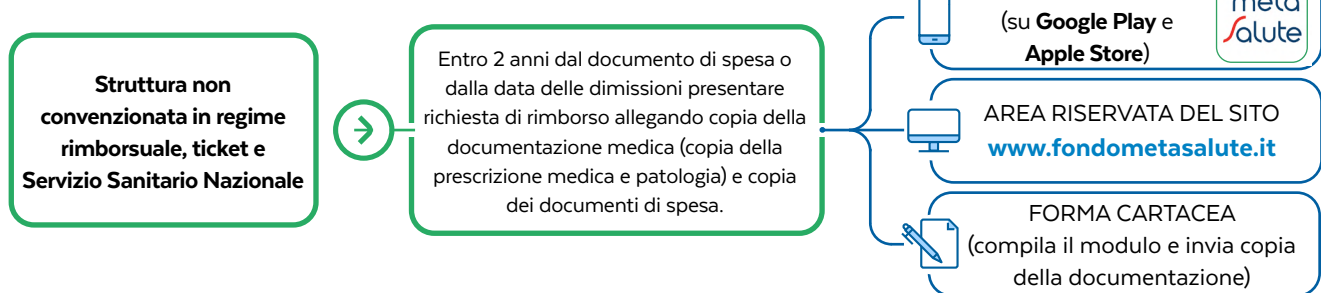
Forma indiretta in struttura non convenzionata

- A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
- B. Copia della prescrizione medica con indicata la settimana di Gravidanza

● **COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?**



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



¹Per fare richiesta dell'Indennità per parto è necessaria la seguente documentazione: copia conforme della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per il parto; copia della prescrizione medica con indicata la settimana di gravidanza.

Per fare richiesta della garanzia "Supporto Psicologico post-parto" è necessaria la prescrizione medica con indicata la patologia.

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

**GUIDA BREVE
GARANZIA FISIOTERAPIA
PIANO BASE**



C.1 Fisioterapia a seguito di infortunio

● QUALI TERAPIE SONO PREVISTE:

Trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio, a partire dal 1° giorno successivo all'infortunio stesso (avvenuto durante l'operatività del Piano sanitario), esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

C.1 - a seguito di infortunio	Condizioni	
Massimale: illimitato	Struttura convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa
	Diretta/domiciliare	franchigia € 20 a seduta
Massimale: € 1000 anno/nucleo	Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo € 25 per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	copertura del 100% della spesa

● COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

- 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*)
- Certificato di Pronto Soccorso
- 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
- Fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto

● COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

Forma indiretta in struttura non convenzionata

- Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
- Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
- Copia del certificato di Pronto Soccorso
- 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

Trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria, esclusivamente a fini riabilitativi, senza limitazione di giorni post intervento indennizzabile secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

C.2 - a seguito di intervento	Condizioni	
Massimale: illimitato	Struttura convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa
	Diretta/domiciliare	Franchigia € 20 a seduta
Massimale: nei massimali previsti per i singoli interventi (Allegato 1, Elenco grandi interventi, da consultare nella "Scheda Sintetica Piano Base 2018-2019" presente sul sito web www.fondometasalute.it)	Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	fino al termine dell'indennizzo previsto per l'intervento
	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 (*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. 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:**

Trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria effettuati a seguito di malattia.

C.3 - a seguito di malattia	Condizioni	
Massimale: illimitato	Struttura convenzionata in regime diretto	copertura del 100% della spesa
	Diretta/domiciliare	Franchigia € 25 a seduta
Massimale: € 450 anno/nucleo	Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	rimborso massimo € 25 per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	copertura del 100% della spesa

● **COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:**

Forma diretta in struttura convenzionata

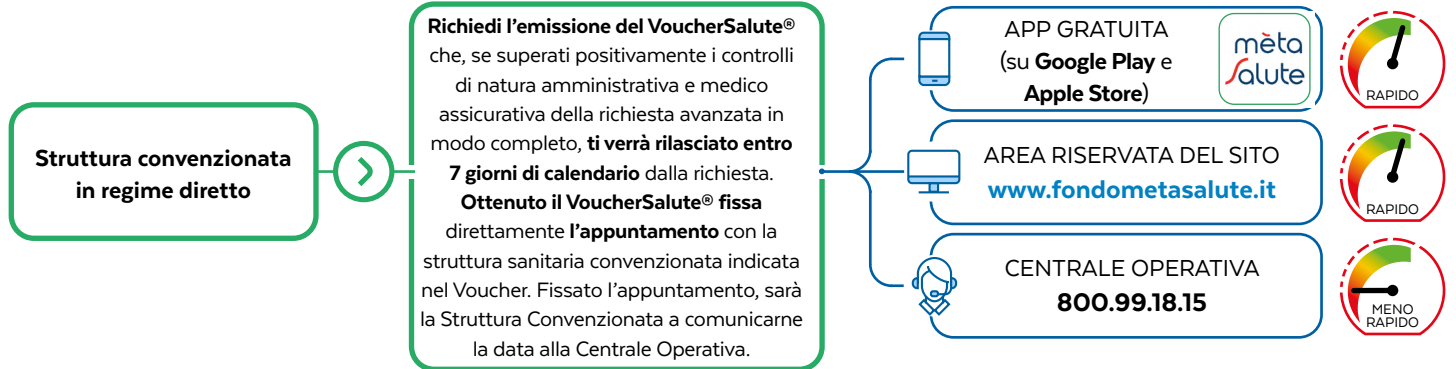
- A. Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata (*La Compagnia si riserva di richiedere documentazione medica aggiuntiva, come la scala di Vas, al fine di valutare che i trattamenti fisioterapici e riabilitativi siano tesi al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati 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:**

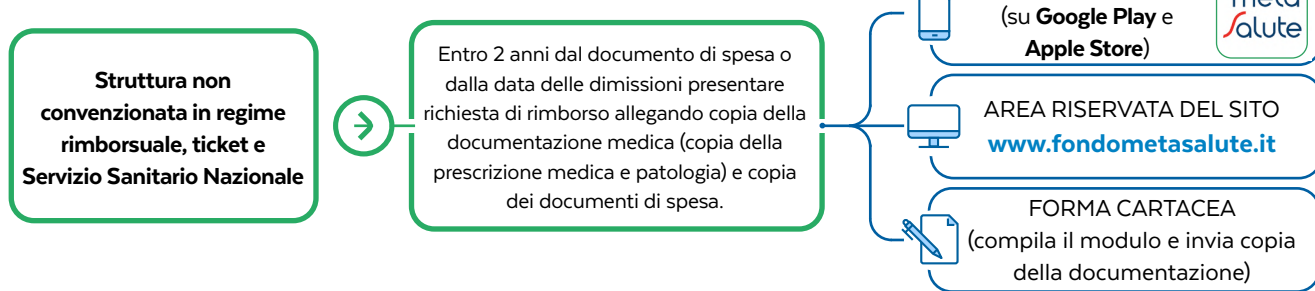
Forma indiretta in struttura non convenzionata

- 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?**



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



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

**GUIDA BREVE
GARANZIA CURE
ODONTOIATRICHE
PIANO BASE**



D. Odontoiatria

● QUALI SONO LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PREVISTE:

Visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale (1 volta all'anno - unica soluzione), spazzolino bluetooth (**richiedibile attraverso il box dedicato "Dispositivi Medici, Kit e Accessori" presente nella pagina principale dell'Area Riservata Assicurativa**), prestazioni ortodontiche, cure odontoiatriche (compresa paradontologia), terapie conservative, terapie canalari, trattamento topico con fluoruri e protesi dentarie. Sono inoltre incluse la visita pedodontica e/o ablazione del tartaro, sigillatura denti figli minorenni, apparecchi ortodontici per minori, interventi chirurgici odontoiatrici (in regime di ricovero e ambulatoriale), implantologia Stand Alone, compresa manutenzione impianti e sostituzione corone.

Odontoiatriche		Condizioni
In rete massimale: illimitato	Struttura convenzionata in regime diretto	Copertura del 100% della spesa
Fuori rete massimale: € 700 anno/nucleo	Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	Visita e/o igiene orale: max € 45 anno/nucleo
		Visita pedodontica e/o igiene orale: max € 45 anno/nucleo
		Sigillatura denti figli minorenni: max € 40 anno/persona per singolo dente, massimo 2 denti a persona
		Cure odontoiatriche (compresa PARADONTOLOGIA): max € 100 anno/nucleo
		Prestazioni ortodontiche: max € 100 anno/nucleo
		Terapie conservative: max € 100 anno/nucleo
		Terapie canalari: max € 100 anno/nucleo
	Protesi dentarie: max € 100 anno/nucleo	
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	Copertura del 100% della spesa fino al massimale di euro 700,00 anno/nucleo

Apparecchi Ortodontici per minori (1 volta ogni 3 anni)		Condizioni
Struttura convenzionata in regime diretto	Copertura di 350€ anno/nucleo (di cui 250€ per il primo figlio minore beneficiario e 100€ per il secondo figlio minore beneficiario)	
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	Copertura di 150€ anno/nucleo (di cui 100€ per il primo figlio minore beneficiario e 50€ per il secondo figlio minore beneficiario)	

Prestazioni Odontoiatriche d'urgenza		Condizioni
Struttura convenzionata in regime diretto	Copertura illimitata 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 finalizzate alla riduzione risoluzione di 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), preendodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.

● **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 rimanenti prestazioni necessitano di prescrizione medica riportante la patologia sospetta o accertata
- B. 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
- C. 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 indicata nella "Guida alla documentazione delle pratiche odontoiatriche" a disposizione degli Studi convenzionati
- 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 della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata [vedasi elenco a pagina 3];

Struttura non convenzionata in regime rimborsuale:

"Il regime rimborsuale è ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito, limitatamente ai seguenti interventi:

- Estrazione dente deciduo in anchilosi: max euro 100 per prestazione;
- Pedo estrazione dente deciduo: max euro 100 per prestazione;
- Estrazione dente permanente: max euro 100 per prestazione".

Interventi chirurgici odontoiatrici

Condizioni (a seguito di patologie, si veda elenco)

Sia regime ospedaliero che ambulatoriale con allegate rx e referti rx e medici

<p>Massimale: € 5.500 anno/nucleo Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto, Rimborsuale e Ticket) della presente garanzia</p>	Struttura convenzionata in regime diretto	Copertura del 100% della spesa fino al massimale di euro 5.500,00 anno/nucleo
	Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	Copertura del 100% della spesa fino al massimale di euro 5.500,00 anno/nucleo. Regime ammesso esclusivamente per i seguenti interventi Estrazione dente deciduo in anchilosi: nei limiti del sub-massimale di € 100,00 per prestazione Pedo estrazione dente deciduo: nei limiti del sub-massimale di € 100,00 per prestazione Estrazione dente permanente: nei limiti del sub-massimale di € 100,00 per prestazione
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	Copertura del 100% della spesa fino al massimale di euro 5.500,00 anno/nucleo

● **ELENCO INTERVENTI:**

- Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- Neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- Cisti radicolari
- Cisti follicolari
- Adamantinoma
- Odontoma
- Asportazione di cisti mascellari
- Asportazione di epulide con resezione del bordo
- Intervento per iperostosi, osteomi (toro - palatino, toro mandibolare ecc.)
- Ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- Rizotomia e rizectomia
- Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento)
- Apicectomia per radice
- Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- Estrazione dente deciduo in anchilosi
- Pedo estrazione dente deciduo
- Estrazione dente permanente
- Frenulectomia o frenulotomia
- Intervento per flemmone delle logge perimascellari
- Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

NOTA: A decorrere dal 01/01/2020, l'**impianto osteointegrato** rientra nella garanzia degli interventi chirurgici odontoiatrici se posizionato **entro 12 mesi dall'estrazione o 18 mesi in caso di intervento di rigenerativa tardiva**.

In deroga alla predetta tempistica, la Compagnia si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati in un periodo di tempo più ampio (purchè effettuati durante la vigenza contrattuale) qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico.

Nota: solo nei casi sopraelencati è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale a completamento dell'intervento.

● **COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:**

Forma diretta in struttura convenzionata

- A. Prescrizione medica indicante il quesito diagnostico o la patologia, radiografie, referti radiologici e, per alcune prestazioni, il referto istologico [vedasi elenco]
- B. 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 indicata nella "Guida alla documentazione delle pratiche odontoiatriche" a disposizione degli Studi convenzionati
- 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 [vedasi elenco];

IMPLANTOLOGIA STAND ALONE, COMPRESA MANUTENZIONE IMPIANTI E SOSTITUZIONE CORONE

Ad integrazione delle somme ricevute dall'assistito attraverso la prestazione "implantologia post intervento" prevista nell'ambito della garanzia "Interventi Chirurgici Odontoiatrici", ossia nell'eventuale ipotesi in cui l'assistito avendo già utilizzato - in tutto o in parte - il massimale dedicato agli interventi chirurgici odontoiatrici nell'anno, non abbia diritto a ricevere il 100% della copertura della spesa sostenuta per l'implantologia nell'ambito della garanzia Interventi chirurgici Odontoiatrici.

Sono previsti inoltre gli interventi di manutenzione su impianti già presenti nel cavo orale del paziente quali ad esempio sostituzione del perno moncone, corona, ecc.

Strutture diretta/convenzionata	Massimale 1.100 € anno/nucleo	Condizioni 100% - limite massimo di € 400,00 per un impianto, € 700,00 per 2 impianti e € 1.100,00 in caso di 3 o più impianti.
Strutture indiretta/non convenzionata	Massimale 300 € anno/nucleo	Condizioni 100%
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	non previsto	

A decorrere dal 01/01/2020 l'edentulia viene riconosciuta, oltre che per estrazione o trauma, anche per cause di patologia, purchè documentate, fino a 12 mesi antecedenti la decorrenza dell'attuale polizza.

● **COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:**

Forma diretta in struttura convenzionata

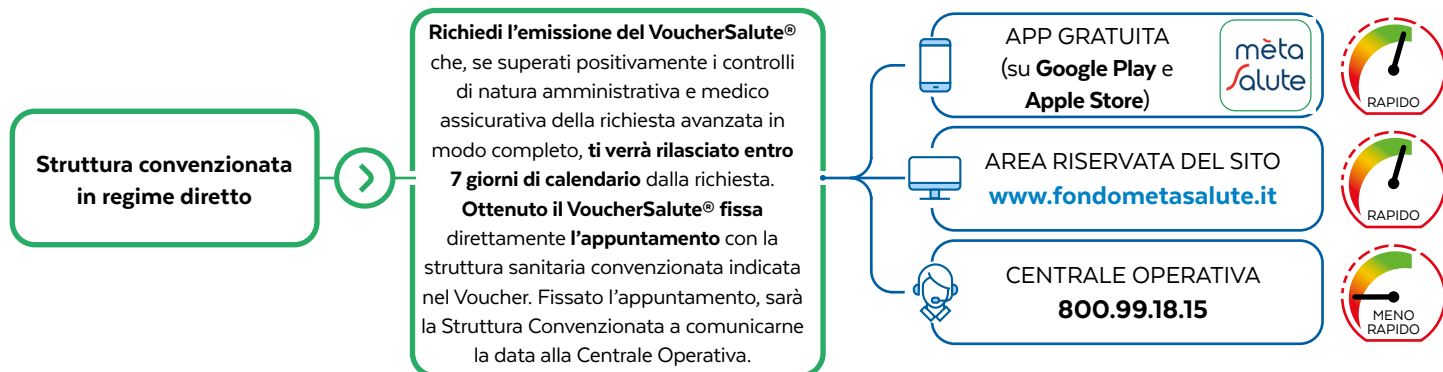
- A. Prescrizione medica indicante il quesito diagnostico o la patologia, radiografie, referti radiologici e, per alcune prestazioni, il referto istologico [vedasi elenco]".
- B. Per le successive prestazioni odontoiatriche (ad eccezione della prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale), l'Assistito dovrà richiedere l'inserimento del VoucherSalute® alla struttura convenzionata prescelta la quale si occuperà di allegare l'intera documentazione medica indicata nella "Guida alla documentazione delle pratiche odontoiatriche" a disposizione degli Studi convenzionati
- C. Fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto

● **COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:**

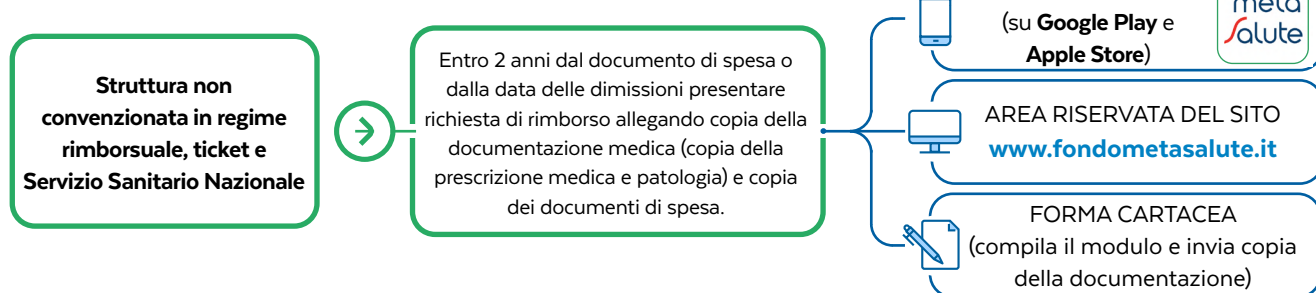
Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

● **COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?**



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



● **LA DOCUMENTAZIONE MEDICA NECESSARIA PER OTTENERE L'INDENNIZZO, OLTRE CHE LA PRESCRIZIONE MEDICA RIPORTANTE LA PATOLOGIA SOSPETTA O ACCERTATA, CONSISTE IN:**

Radiografie e referti radiologici 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 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

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

**GUIDA BREVE
GARANZIA PREVENZIONE
PIANO BASE**



E. Prevenzione

E.1 SCREENING GENERICI

E.1.1 Controllo delle allergie e delle intolleranze alimentari

Prestazioni previste: **A)** Allergie: 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)** Intolleranza gruppo di alimenti, Intolleranza Lattosio, Intolleranza Glutine (Celiachia). In caso di esito positivo dei predetti esami, è eseguibile su prescrizione uno screening allergologico per inalanti e alimenti - prick test (1 screening nel triennio). Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione garanzia "Accertamenti diagnostici" (B3/B4)".

1 volta ogni 3 anni, Solo in rete - 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

Prestazioni previste: test specifico sul DNA effettuato a partire da un prelievo della saliva che consente la ricerca di un antigene specifico di Helicobacter Pylori

1 volta ogni 3 anni, Solo in rete - 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 Esami di prevenzione

Prestazioni previste: 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)

una volta l'anno, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 80 a pacchetto

E.2.2 Sindrome metabolica

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

una volta l'anno/ogni 6 mesi, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 25 a pacchetto
(€ 50,00 in caso di sindrome conclamata)
In caso di Sindrome metabolica conclamata la bilancia wireless è richiedibile attraverso il box dedicato "Dispositivi Medici, Kit e Accessori" presente nella pagina principale dell'Area Riservata Assicurativa.

E.3 PREVENZIONE DONNA

E.3.1 Pacchetto Donna

Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)

Donne - over 24 anni (Visita ginecologica + PAP TEST - una volta ogni due anni)

Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)

Donne - tra 21 e 24 anni (Visita ginecologica + PAP TEST - una volta ogni due anni)

Donne - over 30 anni (Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) - una volta ogni tre anni)

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

Donne - tra 30 e 39 anni (Ecocolor Doppler arterioso e venoso agli arti inferiori - una volta ogni due anni)

Donne - tra 40 e 49 anni (Visita senologica - una volta ogni due anni; Mammografia - una volta ogni due anni)

Donne - over 50 anni (Moc o in alternativa Mammografia - una volta ogni due anni, Creatinina, Calcio, Fosforo, Fosfatasi alcalina, PTH, Vitamina D)

Donne - senza limiti di età (Ecografia transvaginale - una volta ogni due anni)

Periodicità variabile, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 80 a pacchetto

E.3.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (a pacchetto, da aggiungersi agli 80 euro previsti nel Pacchetto C donna (30-39 anni))

Prestazioni previste: Ecografia Mammaria Bilaterale

1 volta ogni 2 anni, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 36,00 a pacchetto da aggiungersi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Donna

E.4 PREVENZIONE UOMO

E.4.1 Pacchetto Uomo

Prestazioni previste:

Uomo - over 21 anni visita cardiologica (una volta ogni 2 anni); ecografia testicolare (una volta ogni 2 anni) eseguibile sino al compimento dei 40 anni

Uomo - over 50 anni PSA (una volta ogni 2 anni); retto sigmoidoscopia (una volta ogni 2 anni)

Uomo - senza limite di età visita urologica (una volta ogni 2 anni); ecografia prostatica-ecografia transrettale (una volta ogni 2 anni)

1 volta ogni 2 anni, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 80 a pacchetto

E.4.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto Uomini - over 50)

Prestazioni previste: PSA FREE, 2 PRO SPA, Dosaggio PHI (Prostate Health Index)

1 volta ogni 2 anni, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 50,00 a pacchetto da aggiungersi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo

E.5 PREVENZIONE MINORI

6 mesi-2 anni non compiuti

Prestazioni previste: Visita Pediatrica (Valutazione Di Base, Auxologica, Psicomotoria e Cognitiva), Visita Otorinolaringoiatrica con Test Audiometrico

Da Elenco, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 36 a pacchetto

2-4 anni non compiuti

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), Esami di laboratorio per screening della celiachia, Biopsia intestinale

Da Elenco, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 60 a pacchetto

4-6 anni non compiuti

Prestazioni previste: Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo), Visita odontoiatrica e ortodontica (igiene orale, fluoroprofilassi), Spazzolino Bluetooth, Visita oculistica completa, Tonometria, Esame del fundus, Stereopsi e color test, Valutazione ortottica

Da Elenco, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 80 a pacchetto

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

6-8 anni non compiuti

Prestazioni previste: 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

Da Elenco, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 60 a pacchetto

8-11 anni non compiuti

Prestazioni previste: Visita ortopedica, Visita endocrinologica

Da Elenco, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 36 a pacchetto

11-18 anni non compiuti

Prestazioni previste: Visita pediatrica, Visita ortopedica, Visita endocrinologica, esami di laboratorio, Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, Esame emocromocitometrico e morfologico, Colesterolo totale, HDL e LDL, Trigliceridi, Glicemia, AntiTransglutaminasi: esami di screening per la diagnosi precoce del Morbo Celiaco

Da Elenco, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 50 a pacchetto

E.6.1 PREVENZIONE TERZIARIA

E.6.1 Monitoraggio Ipertensione

Prestazioni previste: Visita cardiologica di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli 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)

Screening di secondo livello:

Monitoraggio della pressione delle 24 ore (Holter pressorio) - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.1 Alta Specializzazione", Ecocardiogramma - su prescrizione Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.1 Alta Specializzazione", Esame del fundus oculi - su prescrizione Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici"

1 volta l'anno, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 36,00 a pacchetto da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel pacchetto prevenzione Base E.2

E.6.2 Monitoraggio asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Prestazioni previste: 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

Screening di secondo livello: Proteina c reattiva - quantitativa - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici", Terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.1 Alta Specializzazione", Screening allergologico per inalanti e alimenti - prick test - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici"

1 volta ogni 2 anni, In rete - Illimitato
Fuori Rete - € 36,00 a pacchetto da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel pacchetto prevenzione Base E.2

E.7 ALTRI CONTROLLI

E.7.1 Pacchetto prevenzione tumori della pelle

Prestazioni previste: Visita dermatologica con Epiluminescenza

1 volta ogni 3 anni, In rete - Illimitato
Fuori Rete € 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

Prestazioni previste: Visita fisiatrica oppure visita osteopatica

1 volta l'anno, In rete - Illimitato
Fuori Rete € 50,00 a pacchetto

E.7.3 Monitoraggio delle patologie tiroidee

Prestazioni previste: Visita specialistica endocrinologica, TSH - screening secondo livello: ecografia del collo (tiroide, paratiroidi, linfonodi), FT3, FT4. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici"

1 volta ogni 2 anni, In rete - Illimitato
Fuori Rete € 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

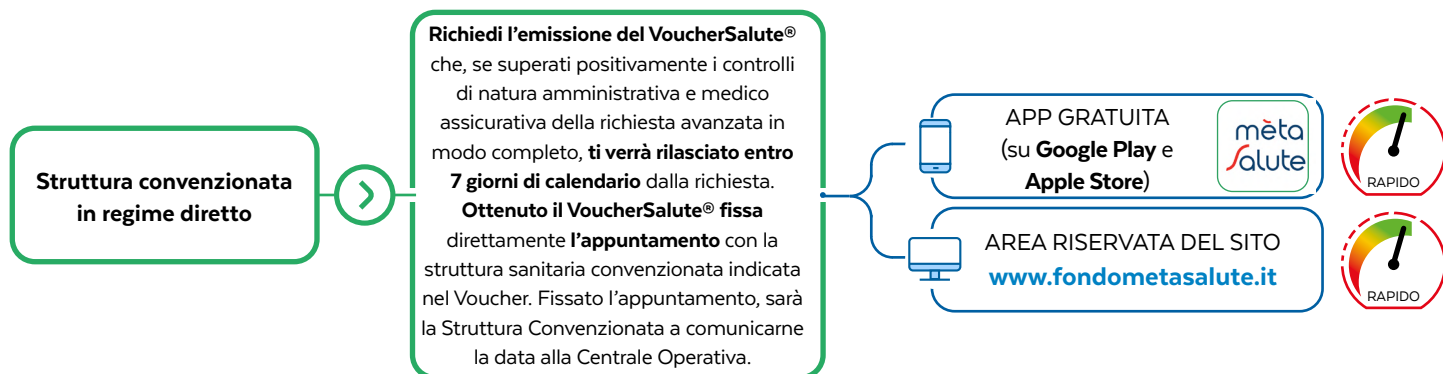
- A. Ogni pacchetto prevenzione del protocollo adulti è usufruibile da un solo componente del nucleo familiare
- B. Per poter usufruire dei pacchetti non è necessario avere la prescrizione del medico riportante la patologia presunta o accertata. Si precisa invece che per la sola Prevenzione Terziaria è necessario un certificato medico attestante la patologia
- 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:**

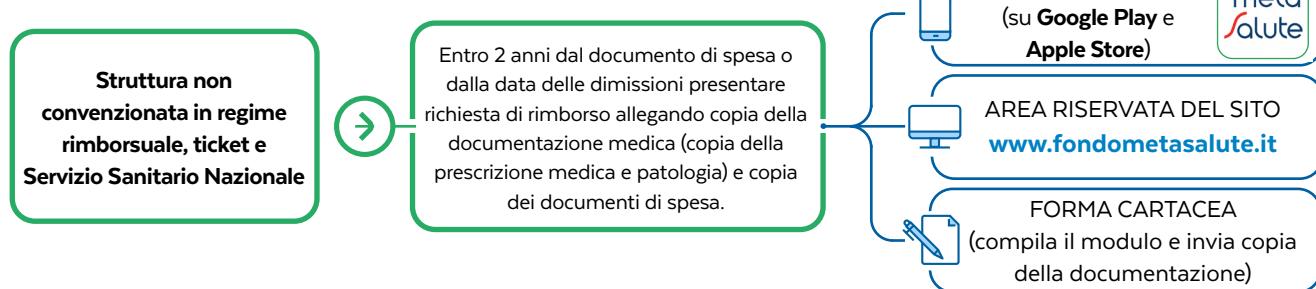
Forma indiretta in struttura non convenzionata

- A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
- B. Per la sola Prevenzione Terziaria è necessario un certificato medico attestante la patologia

● **COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?**



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



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

**GUIDA BREVE
GARANZIA LENTI CORRETTIVE
PIANO BASE**



G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto

G.2 - Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto*	Condizioni
Struttura convenzionata in regime diretto	€ 150,00 una tantum ogni 3 anni + contributo aggiuntivo € 75,00 per rottura lenti e € 55,00 per furto/smarrimento occhiali o rottura montatura oggetto di indennizzo della copertura
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	€ 100,00 una tantum ogni 3 anni + contributo aggiuntivo € 50,00 per rottura lenti e € 35,00 per furto/smarrimento occhiali o rottura montatura oggetto di indennizzo della copertura

* La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in una unica soluzione entro la fine dell'anno

● COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

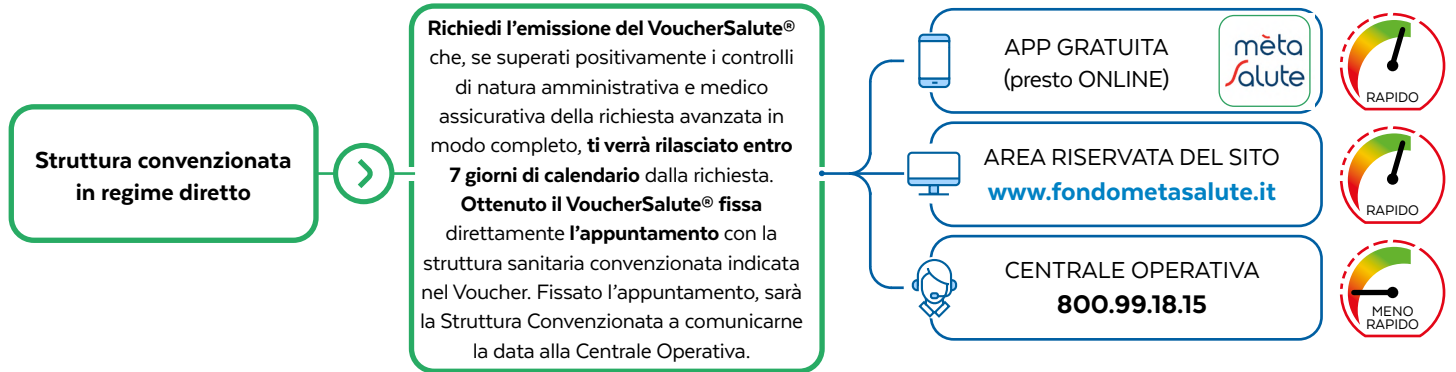
- A. Certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista ma con l'indicazione della gradazione (non serve modifica del visus)
- B. Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta 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:

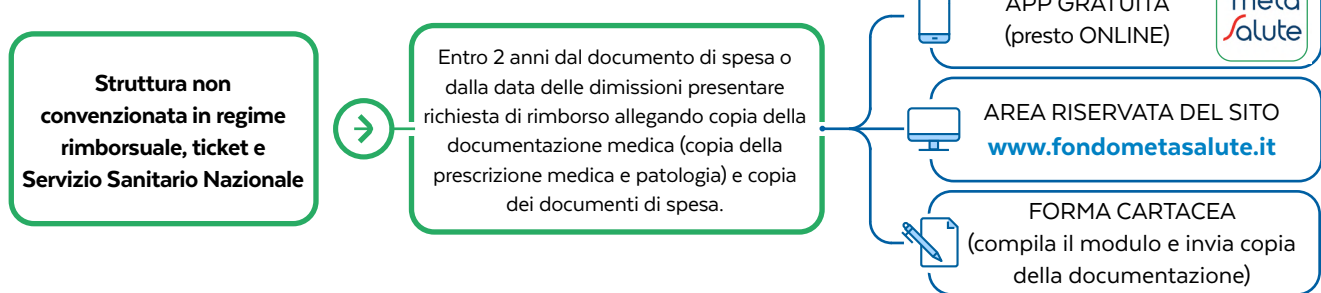
Forma indiretta in struttura non convenzionata

- A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
- B. Copia del certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista ma con l'indicazione della gradazione
- 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

● **COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?**



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



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

**GUIDA BREVE
GARANZIA FARMACI
PIANO BASE E
PIANI INTEGRATIVI**



Farmaci

PIANO BASE

G.4 Farmaci		il Piano Base prevede la copertura delle spese ticket per acquisto medicinali.
Massimale		€ 120 euro anno/nucleo familiare Rimborso ticket per acquisto medicinali
	Fuori Rete (ticket)	
Condizioni		
	Fuori Rete (ticket)	franchigia € 10,00

PIANO INTEGRATIVO A

G.4 Farmaci		
Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici		cfr. Allegato "Elenco Farmaci"
Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto		
Massimale		€ 350,00 anno/nucleo condiviso con la garanzia G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali
	In Rete	max. € 125,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
	Fuori Rete	max. € 125,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Condizioni		
	In Rete	franchigia € 20,00, scoperto 25%
	Fuori Rete	franchigia € 25,00, scoperto 35%

PIANO INTEGRATIVO B

G.4 Farmaci		
Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici		cfr. Allegato "Elenco Farmaci"
Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto		
Massimale		€ 350,00 anno/nucleo condiviso con la garanzia G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali
	In Rete	max. € 125,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
	Fuori Rete	max. € 125,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Condizioni		
	In Rete	franchigia € 20,00, scoperto 25%
	Fuori Rete	franchigia € 25,00, scoperto 35%

PIANO INTEGRATIVO C

G.4 Farmaci

Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici

cfr. Allegato "Elenco Farmaci"

Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto

Massimale		€ 350,00 anno/nucleo condiviso con la garanzia G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali
	In Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
	Fuori Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Condizioni	In Rete	franchigia € 15,00, scoperto 25%
	Fuori Rete	franchigia € 20,00, scoperto 35%

PIANO INTEGRATIVO D

G.4 Farmaci

Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici

cfr. Allegato "Elenco Farmaci"

Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto

Massimale		€ 350,00 anno/nucleo condiviso con la garanzia G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali
	In Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
	Fuori Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Condizioni	In Rete	franchigia € 15,00, scoperto 25%
	Fuori Rete	franchigia € 20,00, scoperto 35%

PIANO INTEGRATIVO E

G.4 Farmaci

Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici

cfr. Allegato "Elenco Farmaci"

Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto

Massimale		€ 350,00 anno/nucleo condiviso con la garanzia G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali
	In Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
	Fuori Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Condizioni	In Rete	franchigia € 15,00, scoperto 25%
	Fuori Rete	franchigia € 20,00, scoperto 35%

PIANO INTEGRATIVO F

G.4 Farmaci

Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici

cfr. Allegato "Elenco Farmaci"

Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto

Massimale		€ 550,00 anno/nucleo condiviso con la garanzia G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali
	In Rete	€ 550,00 max. € 300,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
	Fuori Rete	€ 350,00 max. € 250,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Condizioni		
	In Rete	franchigia € 10,00, scoperto 20%
	Fuori Rete	franchigia € 15,00, scoperto 30%

**Elenco specialità medicinali (preconfezionati dalle industrie farmaceutiche) e farmaci generici non rimborsati dal SSN
(FASCIA C) A MASSIMALE PIENO**

- Acido ialuronico per infiltrazioni intrarticolari per il trattamento di condropatie e artrosi post-traumatiche
- Ansiolitici e ipnoinducenti
- Antibiotici per il trattamento topico di ferite o ustioni infette
- Antidolorifici per os
- Antivertiginosi
- Attivanti cerebrali
- Colliri midriatici per processi flogistici del segmento anteriore e posteriore dell'occhio
- Crema antibatterica per ustioni
- Farmaci ipotonizzanti (compresse) per il trattamento dell'ipertono oculare
- Farmaci per il trattamento dei disturbi della motilità intestinale da varie cause
- Farmaci per il trattamento dell'incontinenza urinaria in pazienti con vescica iperattiva
- Farmaci per il trattamento dell'osteoporosi post-traumatica
- Farmaci per la disfunzione erettile, come esito di gravi fratture del bacino, e di lesioni parziali midollari
- Farmaci per uso topico per il trattamento di infezioni esterne di occhio e annessi (pomate e/o colliri), a base di antinfiammatori, o a base di antibiotici con o senza cortisonici
- Farmaci vasoprotettori e antitrombotici (compresse) per il trattamento di emorragie retiniche
- Garze impregnate di antiseptico per cute lesa
- Immunoterapia batterica per il trattamento delle osteomieliti
- Miorilassanti
- Pomate antiseptica
- Pomate per il trattamento di abrasioni, ferite e ustioni corneo congiuntivali
- Preparati a base di acido ialuronico con o senza antibiotico, nelle diverse formulazioni per favorire la ripitelizzazione della cute lesa
- Preparati cortisonici topici per il trattamento di dermatiti da contatto
- Preparati per uso topico a base antibiotica con o senza cortisone
- Preparati per uso topico a base di antinfiammatori in creme, pomate, gel, cerotti
- Preparati per uso topico a base di eparina sodica
- Preparati per uso topico ad azione elasticizzante/barriera per il trattamento di gravi ustioni
- Preparato per uso topico per ulcere croniche con tessuto fibrinoso o necrotico
- Prodotti anticheloidi (in diversa formulazione), compresi i siliconi medicali
- Unguento per detersione enzimatica di piaghe necrotiche con e senza antibiotico
- Preparati antiseptici per uso topico
- Preparati corticosteroidi in associazione con anestetico per infiltrazioni
- Farmaci antitrombotici
- Farmaci mucolitici
- Sostituti lacrimali in collirio o gel
- Associazioni di acido ialuronico e condroitin solfato per os e istillazioni intravescicali per la terapia di cistiti ricorrenti
- Preparati per medicazioni avanzate a base di poliuretano o fibre colloidali con o senza argento
- Farmaci antiedemigeni per os o per uso topico

**Elenco specialità medicinali (preconfezionati dalle industrie farmaceutiche) e farmaci generici non rimborsati dal SSN
(FASCIA A) A MASSIMALE PIENO**

Sono Farmaci di Fascia A quelli la cui rimborsabilità da parte del SSN è condizionata alla presenza delle note AIFA e qualora non dispensati dal SSN. Alcuni farmaci in classe A sono erogati dal SSN solo in base alla diagnosi per la quale sono stati prescritti (Farmaci in classe A con nota AIFA) pertanto tali farmaci possono essere ammessi al rimborso solo in presenza di una diagnosi che ne escluda la concessione da parte del SSN.

Elenco specialità medicinali (preconfezionati dalle industrie farmaceutiche) e farmaci generici non rimborsati dal SSN (FASCIA C) A MASSIMALE RIDOTTO

- Vaccini Pediatrici ed Antiallergici (farmaci con la terapia iposensibilizzante specifica)
- Farmaci generici non rimborsati dal SSN
- Medicinali Omeopatici
- Farmaci per infiltrazioni Articolari, purché acquisiti in farmacia o fatturati dalla struttura sanitaria o dalla casa produttrice

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE:

1. Aderente iscritto al Piano Integrativo A

Importo speso per un farmaco a massimale pieno in network = € 100,00 importo scontrino (scoperto 25%; franchigia € 20,00)
 Importo Rimborsato pari a € 55,00 (viene applicato lo scoperto del 25% sull'importo totale ed al risultato viene sottratta la franchigia di € 20,00).

2. Aderente iscritto al Piano Integrativo C

Importo speso per 3 farmaci (€ 50,00 cad.) a massimale ridotto in network = € 150,00 totale scontrino (scoperto 25%; franchigia € 15,00) Importo Rimborsato pari a € 67,50 (viene applicato lo scoperto del 25% sull'importo di ogni farmaco ed al risultato viene sottratta la franchigia di € 15,00 per farmaco).

3. Aderente iscritto al Piano Integrativo A

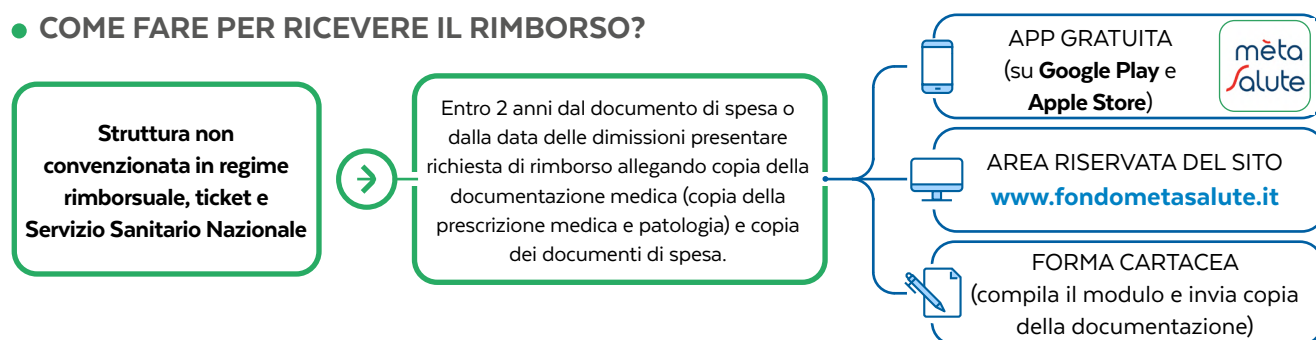
Importo speso per 3 farmaci (€ 17,00 cad.) in Ticket = € 51,00 totale scontrino (franchigia € 10,00) Importo Rimborsato pari a € 21,00 (viene sottratta dall'importo speso per il ticket del singolo farmaco la franchigia di € 10,00).

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 indicato il quesito diagnostico o la patologia

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



GUIDA BREVE PRESTAZIONI SOCIALI E CONTO SALUTE PIANO BASE



H. Prestazioni Sociali

Prestazioni accessibili per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria. L'eventuale richiesta di indennizzo di una prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente **al termine di ciascuna annualità assicurativa** e comporta la **rinuncia irrevocabile all'accesso alle prestazioni sanitarie per il medesimo anno assicurativo**.

● QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE E QUANTO VIENE RICONOSCIUTO

H.1 INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ PER ASTENSIONE FACOLTATIVA	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. Riconoscimento del congedo parentale fino ai 12 anni non compiuti del bambino indipendentemente dal momento in cui sia avvenuta la nascita (prestazione non cumulabile in caso di genitori/figli assicurati con diversi nuclei). Suddetta interpretazione si intende valida e operativa dal 01/01/2020
H.2 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI	indennizzo annuo pari ad € 750,00 per Nucleo Familiare innalzato da € 1.000,00 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%
H.3 INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI IN LTC TEMPORANEA	indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea fino ad un massimo di € 350,00 anno/nucleo familiare
H.4 RETTE ASILI NIDO	indennità di € 400,00 innalzata ad € 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 il/i proprio/i figlio/i asilo nido pubblico o privato, legalmente riconosciuto
H.5 CONSULTO NUTRIZIONALE E DIETA PERSONALIZZATA	1 consulto e dieta personalizzata all'anno per nucleo familiare Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical: nessun limite di spesa Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical Massimo € 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 DEI DIPENDENTI	erogazione a titolo forfettario di una borsa di studio a favore dell'aderente i cui figli abbiano raggiunto una delle seguenti condizioni: a. Diploma di istruzione secondaria superiore, con votazione almeno pari a 90/100 b. Iscrizione, in corso, al secondo anno di università, con media almeno pari a 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 (solo Piano Base).**

Prestazioni erogabili solo a favore dei figli degli Assistiti anche nel caso in cui i familiari del nucleo (diversi dal figlio per il quale si fa richiesta di indennizzo in questione) abbiano già ricevuto prestazioni e/o rimborsi relativi a prestazioni di tipo sanitario. *Suddetta interpretazione si intende valida e operativa dal 01/01/2020*

1. QUOTA ASSOCIATIVA PER ATTIVITÀ SPORTIVA

Rimborso quota associativa (o quota iscrizione) sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica, escluso l'abbonamento. Limite di spesa **€ 120,00 anno/nucleo familiare.**

2. VISITA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA

Rimborso di una visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo). **Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical:** nessun limite di spesa.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical: Limite di spesa € 55,00 anno/nucleo familiare.

**H.8.2
COLONIE ESTIVE (solo Piano Base).**

Prestazioni erogabili solo a favore dei figli degli Assistiti anche nel caso in cui i familiari del nucleo (diversi dal figlio per il quale si fa richiesta di indennizzo in questione) abbiano già ricevuto prestazioni e/o rimborsi relativi a prestazioni di tipo sanitario. *Suddetta interpretazione si intende valida e operativa dal 01/01/2020*

Rimborso delle spese sostenute per la frequentazione di colonie estive (marine e montane) intese per tali le strutture situate presso località marine o montane destinate al soggiorno di bambini e adolescenti che vi svolgono attività ludiche e ricreative.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical: Limite di spesa € 120,00 anno/nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical: Limite di spesa € 75,00 anno/nucleo familiare.

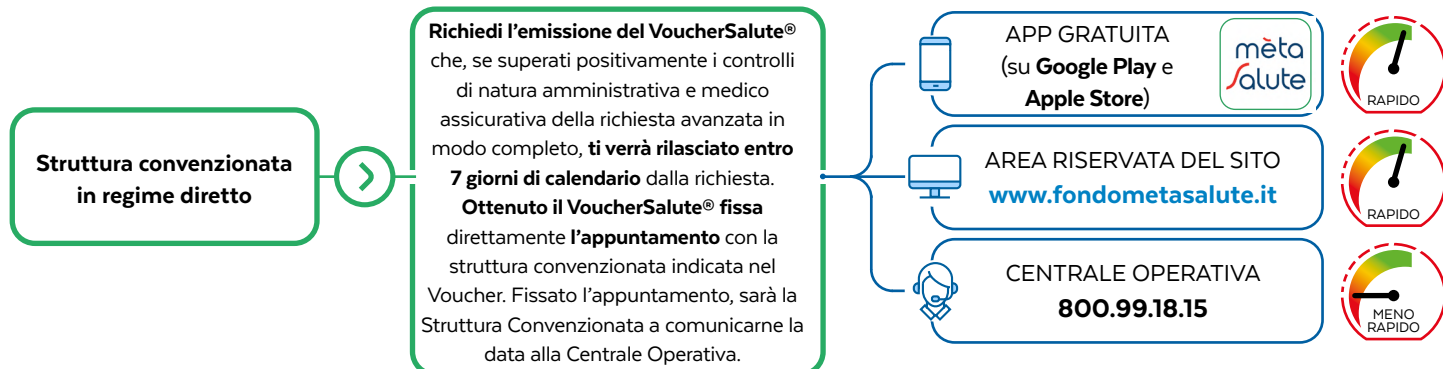
● **COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:**

Per tutte le garanzie dove previsto

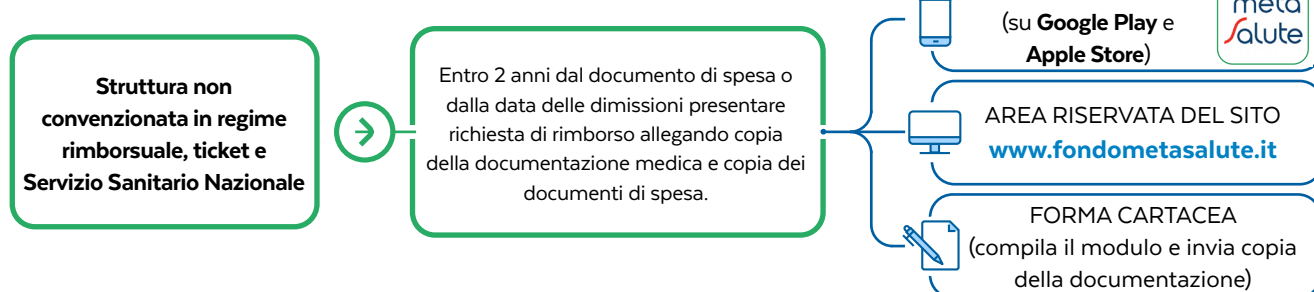
- A.** Per l'accertamento del Nucleo Familiare monoparentale la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia (artt. 19 - 46 - 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000).
- B.** Per l'accertamento del Nucleo Familiare monoreddito, la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del CARICO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

<p>H.1 INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ PER ASTENSIONE FACOLTATIVA</p>	<p>Lettera di dimissione ospedaliera in caso di parto naturale o parto cesareo in struttura ospedaliera oppure copia della cartella ostetrica in caso di parto a domicilio</p> <p>Certificato di avvenuta adozione e stato di famiglia</p> <p>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</p>
<p>H.2 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI</p>	<p>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</p> <p>Dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa dell'iscritto, attestante il legame parentale tra il titolare ed il figlio disabile per il quale si chiede l'indennizzo forfettario</p>
<p>H.3 INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI IN LTC TEMPORANEA</p>	<p>Certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza temporanea del genitore</p> <p>Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il grado di parentela</p> <p>Certificato di esistenza in vita e codice fiscale</p>
<p>H.4 RETTE ASILI NIDO</p>	<p>Certificato di iscrizione al nido</p> <p>Copia delle fatture relative all'anno scolastico</p>
<p>H.5 CONSULTO NUTRIZIONALE E DIETA PERSONALIZZATA</p>	<p>Per il solo regime rimborsuale: copia del documento di spesa</p>
<p>H.6 BORSE DI STUDIO PER I FIGLI DEI DIPENDENTI</p>	<p>Copia del Diploma o del certificato sostitutivo del diploma</p> <p>Certificato di iscrizione al Corso di laurea e fotocopia del libretto universitario o attestazione rilasciata dall'Ateneo riportante gli esami sostenuti con i relative esiti</p>
<p>H.7 PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA (solo Piano Base)</p>	<p>1. QUOTA ASSOCIATIVA PER ATTIVITÀ SPORTIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fattura della quota associativa annuale rilasciata dalla Società Sportiva attestante che l'attività sportiva non sia agonistica <p>2. VISITA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copia fatture e/o ricevute fiscali • Indicazione del titolo di studio del medico che ha effettuato la prestazione
<p>H.8.2 COLONIE ESTIVE (solo Piano Base) N.B. Unica prestazione sociale per la quale sono previste strutture convenzionate.</p>	<p>Fattura rilasciata dalla colonia estiva riportante il periodo di soggiorno</p>

● **COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE (PUNTO H.8.2)?**



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



I. Conto Salute

A) Accumulo di Bonus Salute:

Qualora l'Assistito nel corso del triennio di copertura effettui annualmente almeno uno dei protocolli destinati alla diagnosi precoce delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT - ovvero Pacchetto Uomo/Donna, Pacchetto Ipertensione, Pacchetto per Prevenzione Asma e BPCO) sarà accreditato alla fine del triennio sul suo Conto Salute un importo pari al 25% del premio annuo. Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'Assistito (scoperti e franchigie).

B) Risparmio Sanitario:

Qualora il nucleo familiare nel corso dell'annualità non abbia ottenuto il rimborso di alcuna prestazione (Sanitaria e Sociale, con l'eccezione della Prevenzione che non rientra nel computo) ha facoltà di richiedere al Fondo l'accredito sul proprio conto salute del risparmio conseguito nell'annualità nella misura del 10% del premio annuo.

A seguito della richiesta da parte dell'Assistito tale importo sarà tempestivamente accreditato sul suo Conto Salute e potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal nucleo familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'Assistito (scoperti e franchigie).

L'Assistito potrà fare richiesta di utilizzo integrale o parziale (nella misura del 50%) delle somme accantonate nel suo conto salute in occasione di qualsiasi richiesta di sinistro effettuato sia in forma diretta sia in forma rimborsuale successiva all'accredito.

L'Assistito potrà fare richiesta di utilizzo integrale o parziale (nella misura del 50%) delle somme accantonate nel suo Conto Salute in occasione di qualsiasi richiesta di sinistro effettuato sia in forma diretta sia in forma rimborsuale successiva all'accredito.

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