



Piano Sanitario Base 2018

Il Piano Sanitario di mètaSalute offre agli assistiti:

- | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) | Maggiore operatività dei MASSIMALI ILLIMITATI in rete |
| b) | Maggiore operatività del sistema di risparmio sanitario «CONTO SALUTE» |
| c) | Piena integrazione dei processi gestionali e del Network di Strutture Sanitarie Convenzionate |
| d) | Ottimizzazione delle risorse destinate alla Sanità Integrativa |

Le singole prestazioni sanitarie saranno fornite comunque da un unico Gestore, semplificando in tal modo la richiesta di prestazioni in forma diretta o rimborsuale. Il nuovo Piano ha importanti elementi di innovazione quali a titolo d'esempio:

ODONTOIATRIA - massimale illimitato per:

Cure dentarie; Visita odontoiatrica e/o igiene orale; Visita pedodontica e/o ablazione tartaro; Sigillatura denti figli minorenni

PREVENZIONE - Screening generici; Prevenzione di base; Prevenzione per Minori; Pacchetti specifici donna o uomo; Prevenzione terziaria

PROTEZIONE DALLE PATOLOGIE "PROFESSIONALI" - Estensione massima per la Fisioterapia, Protocollo di prevenzione dalle patologie derivanti da sovraccarichi funzionali e dalle malattie osteopatiche, Prevenzione Posturale, Prevenzione Asma e BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva), Controllo Allergie, Ampia tutela da Invalidità/Inabilità

FAMIGLIA - Tutela dei Genitori (rimborso annuale spese per RSA-Residenze Sanitarie Assistenziali e LTC-Long Term Care-Perdita di Autosufficienza), Tutela dei Minori (Massimali dedicati e Protocolli di Prevenzione), Supporto alla Natalità: Procreazione Medicalmente Assistita (Intervento e Terapie Farmacologiche), Contributo Latte Artificiale, Indennità annuale per Trisomia 21, promozione dell'attività sportiva, spese per la frequenza di Colonie Estive, borse di Studio per i figli dei dipendenti, indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili, rette Asili Nido

PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

Le prestazioni e gli interventi in regime di ricovero sono in genere ben presidiati dal S.S.N.

Si è scelto quindi di potenziare quelle aree cliniche dove maggiore si concentra l'attenzione e il bisogno, in un'ottica di reale integrazione con il S.S.N.

VISITE DI CONTROLLO PER IL MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE CRONICHE PROGRESSIVE

Inserite il monitoraggio clinico terapeutico per evitare o limitare le complicanze tardive e gli esiti invalidanti

PRESTAZIONI PRE/POST RICOVERO

giorni illimitati per le prestazioni pre e post ricovero, anche per fisioterapia

SCREENING ALLERGologici E DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI

Rappresentano un problema sempre più frequente e a volte di difficile gestione che richiede un corretto inquadramento diagnostico e orientamento terapeutico-comportamentale

INTERVENTI CHIRURGICI MINORI

Massimale illimitato

VISITE PSICHIATRICHE E PSICOLOGICHE, LOGOPEDIA MINORI

Ciclo dedicato (10 visite) per patologie oncologiche

Ciclo dedicato (10 visite) per Anoressia e Bulimia adolescenziale

Tutela Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) per i bambini in età scolare

AMPLIAMENTO DELLE POSSIBILITÀ DI UTILIZZO DEL S.S.N.:

rimborso totale (100%) dei Ticket per qualsiasi prestazione in copertura anche per Denti, Fisioterapia, Visite di Controllo, Visite Psicologiche.

Sul sito internet del Fondo mètasalute potrete accedere alla documentazione completa del piano sanitario e consultare le modalità di accesso allo stesso dell'area riservata.

mètaSalute

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

mètaSalute

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

mètaSalute è il Fondo di Assistenza Sanitaria integrativa per i lavoratori dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti e per i lavoratori del comparto orafa e argentiero.

Il Fondo si pone l'obiettivo di dare risposte concrete alle aspettative e ai bisogni dei lavoratori offrendo prestazioni sanitarie integrative al Servizio Sanitario Nazionale.

In attuazione di quanto previsto dal rinnovo contrattuale del 26 Novembre 2016 stipulato tra Federmeccanica, Assisital, Fim, Fiom e Uilm, a decorrere dal 1° ottobre 2017 l'iscrizione a mètaSalute è obbligatoria con contribuzione a totale carico dell'azienda.

Il Fondo ha la natura giuridica di associazione non riconosciuta e non persegue fini di lucro.



RBM Assicurazione Salute S.p.A. è la più grande Compagnia specializzata nell'assicurazione sanitaria per raccolta premi e per numero di assicurati. Si prende cura ogni giorno degli assistiti delle più Grandi Aziende Italiane, dei principali Fondi Sanitari Integrativi Contrattuali, delle Casse Assistenziali, degli Enti Pubblici, delle Casse Professionali e di tutti i Cittadini che l'hanno scelta per prendersi cura della propria salute. È la Compagnia che dispone del più ampio network di strutture sanitarie convenzionate gestito secondo gli standard della Certificazione ISO 9001 per garantire sempre ai propri assicurati cure di qualità.

Con RBM Assicurazione Salute la persona è sempre al centro perché prima delle spese sanitarie la mission è assicurare la Salute. È per questo che RBM Assicurazione Salute è l'unica Compagnia a garantire ai propri assicurati la possibilità di costruire un piano sanitario su misura (www.tuttosalute.it) e ad investire sulla loro salute promuovendo gratuitamente visite e controlli presso i tanti Centri Autorizzati presenti sul territorio nazionale (www.alwaysalute.it).



PREVIMEDICAL® - Servizi per la Sanità Integrativa - S.p.A è un Third Party Administrator, leader nel settore dei servizi amministrativi e liquidativi per l'assistenza sanitaria integrativa, è proprietaria del Primo Network Sanitario gestito con certificazione di qualità ISO 9001:2008.

*Questo documento è stato predisposto al fine di rendere disponibile un agile strumento esplicativo.
In nessun caso può sostituire il Fascicolo informativo del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.
Il Fascicolo Informativo resta pertanto l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.*

Lavoratori dipendenti

L'assistenza è prestata a favore dei seguenti dipendenti:

- ▶ i dipendenti delle aziende che applicano il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti;
- ▶ i dipendenti delle aziende che applicano il CCNL del settore orafo, argentario e della gioielleria;
- ▶ i lavoratori a cui si applicano contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle stesse organizzazioni sindacali stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti previo accordo, per ciascun settore, tra le citate OOSS dei lavoratori e le rispettive organizzazioni imprenditoriali;
- ▶ i dipendenti delle parti stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti anche se distaccati in base alla legge n. 300 del 1970.

Nucleo familiare

Inclusione del Nucleo Familiare:

Sono destinatari delle prestazioni del Fondo, oltre al lavoratore iscritto, anche il Nucleo familiare fiscalmente e non fiscalmente a carico. Per ognuno di questi nuclei familiari è necessario distinguere tra inclusione gratuita e inclusione a pagamento.

Inclusione gratuita:

Il lavoratore dipendente iscritto al Fondo può iscrivere **gratuitamente** nella propria Area Riservata i seguenti componenti:

- Il coniuge (con riferimento anche alle unioni civili) non legalmente ed effettivamente separato;
 - I conviventi di fatto di cui alla L.76/2016;
 - I figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati).
- Il familiare fiscalmente a carico (coniuge/conviventi/figli) non deve possedere un reddito complessivo superiore a 2.840,51 euro annui.
- I figli **non** fiscalmente a carico purché conviventi;
 - I figli **non** fiscalmente a carico **non** conviventi sino ai 30 anni di età che siano regolarmente iscritti all'Università avente sede in una Provincia diversa da quella di residenza del genitore Iscritto.

I suddetti familiari si intendono inclusi gratuitamente nel Piano Sanitario del Titolare con condivisione dei massimali delle garanzie.

Inclusione a pagamento:

È data facoltà al lavoratore dipendente di estendere la copertura, su base volontaria e a fronte del **pagamento**, ai seguenti componenti del nucleo familiare:

- Il coniuge (con riferimento anche alle unioni civili) non legalmente ed effettivamente separato;
- I conviventi di fatto di cui alla L.76/2016;
- I figli non conviventi di lavoratore dipendente iscritto affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge.

Per i suddetti familiari, al Titolare è data facoltà di scelta tra inserimento con **massimali condivisi con il Nucleo Familiare o inserimento con massimali autonomi. Tale scelta di massimali dovrà essere la stessa per tutti i componenti del nucleo familiare iscritto a pagamento.**

L'estensione e/o l'attivazione dei Piani Sanitari in favore di suddetti familiari potrà avvenire **con riferimento al medesimo Piano Sanitario attribuito al Titolare o, in alternativa, con esclusivo riferimento al Piano Base con massimali autonomi.**

Piano Sanitario Base 2018



REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni garantite dal Fondo mètaSalute.

Le prestazioni sono garantite attraverso **due 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 mètaSalute 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 deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico;
- 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 effettuare la preattivazione, la prestazione non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.

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.

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.

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 mètaSalute 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. C).

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Assistiti ai quali all'atto dell'iscrizione sono state rilasciate login e password.

Segnaliamo altresì che attraverso il pulsante "prestazioni sanitarie dal 01/01/2017" è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA": che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle 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. E., "SEGUI 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 a RBM Assicurazione Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@rbmsalute.it

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** per ottenere la relativa autorizzazione.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

In caso di mancata presentazione all'appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.

A. RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A.1.1 PRENOTAZIONE ED AUTORIZZAZIONE

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per effettuare la prenotazione e ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta.

Per richiedere la prenotazione dell'intervento e conseguente autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.189671** da telefono fisso e cellulare (numero verde);
- **+39 06.94809052** per chiamate dall'estero.

La richiesta alla Centrale Operativa dovrà pervenire con un preavviso di almeno 24 ore (1 giorno lavorativo).

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, rispetto alla data dell'appuntamento previsto. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 24 ore (1 giorno lavorativo) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 24 ore prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà **fornire alla Centrale Operativa** le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- preferenza sulla data della prestazione.

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax**, al numero **+39 0422.17.44. 799** o via mail (assistenza.metasalute@previmedical.it) alla Centrale Operativa:

- prescrizione (compresa la prescrizione medica elettronica) della prestazione da effettuare/diagnosi;
- certificato medico (compresa la prescrizione medica elettronica) attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. 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.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

A seguito della prenotazione effettuata dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Sanitaria, verrà rilasciata l'autorizzazione ad eseguire la prestazione nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o E-Mail.

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, della relativa autorizzazione.

A.1.2 PRENOTAZIONE ONLINE (TRAMITE AREA RISERVA O APP MOBILE)

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la prenotazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.fondometasalute.it,

avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Prenotazione Assistenza Convenzionata online".

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria in funzione della tipologia di ricovero da eseguire.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta, facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

L'assistito dovrà indicare inoltre la preferenza sulla data della prestazione ed allegare la documentazione medica attestante il ricovero da eseguire.

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di prenotazione.

A seguito della prenotazione effettuata dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Sanitaria, verrà rilasciata l'autorizzazione ad eseguire la prestazione nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o E-Mail.

A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'emergenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo), 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.

Per l'attivazione della procedura d'emergenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a richiedere l'invio della seguente documentazione **a mezzo fax (+39 0422.17.44. 799) o e-mail (assistenza.metasalute@previmedical.it):**

- prescrizione medica 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;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione **entro un massimo di 3 giorni dall'esecuzione dell'intervento** e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

Resta inteso comunque 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'emergenza.

La procedura d'emergenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

A.1.4 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 né presentata a rimborso.

DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

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 le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.. Previmedical per conto del Fondo mètaSalute, provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

B. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.189671** da telefono fisso e cellulare (numero verde);
- **+39 06.94809052** per chiamate dall'estero.

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'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato 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.

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo).

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni (di calendario) per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie (se previste dal proprio piano sanitario), rispetto alla data dell'appuntamento previsto. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 24 ore (1 giorno lavorativo) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 3 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 24 ore prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

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

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia 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, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax o e-mail, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo web sms o e-mail. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax o e-mail la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical per conto del Fondo mètaSalute dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche "non convenzionali" (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico-medici del caso, della relativa autorizzazione.

B.1.2 LA PREATTIVAZIONE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.fondometasalute.it, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili.

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una prima maschera per la scelta della prestazione da attivare in assistenza diretta (ricoveri, visite specialistiche, esami di laboratorio, prestazioni odontoiatriche, ecc.). Successivamente l'Assistito passa ad una seconda maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito potrà indicare:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- la provincia ove è ubicata la struttura.
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture facenti parte del Network che rispondono ai criteri di ricerca, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi.

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo web sms o e-mail.

B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'emergenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo), 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.

Per l'attivazione della procedura d'emergenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax o e-mail allegando:

- 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;
- nel caso di infortunio, 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). 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.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

Resta inteso comunque 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'emergenza.

La procedura d'emergenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

B.1.4 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 né presentata a rimborso.

B.2 LA PRENOTAZIONE

Ferma restando la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo B.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla anche per il tramite della Centrale Operativa che provvederà a contattare direttamente la Struttura Convenzionata. Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

DOPO AVER RICEVUTO LA 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). **Previmedical per conto del Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**



II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

C. DOMANDA DI RIMBORSO

C.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile 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, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista. 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
- 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;
- f)** copia del modulo di attestazione della distanza chilometrica scaricabile dal sito www.fondometasalute.it, da allegare alle richieste di rimborso per prestazioni dentarie previste alla Garanzia D.1 "Cure Dentarie" 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 ad una distanza superiore a 30 km rispetto al domicilio dell'assicurato.
- g)** copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di followup (visite, accertamenti, ecc);
- h)** prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, in caso di trattamenti fisioterapici;
- i)** certificato medico attestante la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità ;
- j)** 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;
- k)** 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.
- l)** In caso di Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili, per i figli minorenni, laddove non è indicata la percentuale di invalidità, si farà riferimento alla documentazione dell'ASL di competenza purché esaustiva
- m)** In caso di Indennità per la retta degli asili nido:
- Certificato di iscrizione al nido
 - Copia delle fatture relative all'anno scolastico
- n)** 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

- o) In caso di rimborso per attività sportiva:**
 - fattura della quota associativa annuale rilasciata dalla Società Sportiva attestante che l'attività sportiva non sia agonistica
- p) In caso di rimborso per colonie estive**
 - fattura rilasciata dalla colonia estiva riportante il periodo di soggiorno
- q) 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).**
- r) 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).**
- s) 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 riceva 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'assicurato;
- 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'assicurato 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.

C.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.fondometasalute.it (sezione: Modulistica) 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 mètaSalute
Presso RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

C.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera C.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 (AREA RISERVATA).

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. C.2).

III. SERVIZI ACCESSORI

D. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet www.fondometasalute.it (AREA RISERVATA), l'iscritto, 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 (iscritto o familiare);
- totale rimborso.

E. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

È a disposizione il servizio **"SEGUI 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.

F. SERVIZIO "DOCTOR ON LINE"

Attraverso la propria area riservata, inoltre l'iscritto potrà, in una conferenza privata virtuale, dialogare direttamente con gli specialisti presenti

G. ACCESSO A "GATE 179"

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.rbmsalute.it - 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 RBM Assicurazione Salute per l'accesso a questi dati si chiama "GATE 179".

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISEVATA 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.rbmsalute.it.

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 o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile).

Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

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

H. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE mètaSalute

Il Fondo tramite RBM Assicurazione 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 RBM Assicurazione Salute;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni presso le strutture convenzionate (regime di assistenza diretta).

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

I. GARANZIE ACCESSORIE

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



Il presente Piano Sanitario opera in caso di malattia o infortunio avvenuto dopo la data di entrata in copertura del singolo Iscritto, ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, per le seguenti prestazioni:

- **A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO** (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1) **ed estensione ad interventi eseguiti in Day Hospital, Day Surgery o in regime ambulatoriale**
 - ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico;
 - indennità sostitutiva per intervento chirurgico;
 - ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico;
 - diaria da convalescenza successiva a ricovero per intervento chirurgico;
 - Neonati - ricovero per intervento chirurgico

- **B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE**
 - prestazioni di alta specializzazione;
 - visite specialistiche;
 - ticket per accertamenti diagnostici;
 - accertamenti diagnostici
 - pacchetto maternità (inclusa copertura per parto cesareo)

- **C) FISIOTERAPIA**
 - fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio;
 - fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento;
 - fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia;

- **D) ODONTOIATRIA**
 - Cure dentarie;
 - Visita odontoiatrica e/o igiene orale;
 - Visita pedodontica e/o ablazione tartaro;
 - Sigillatura denti figli minorenni;
 - Apparecchi ortodontici per minori;
 - interventi chirurgici odontoiatrici;
 - Prestazioni odontoiatriche d'urgenza;
 - Implantologia stand alone, compresa manutenzione impianti e sostituzione corone;

- **E) PREVENZIONE**
 - Screening generici;
 - prevenzione base;
 - pacchetto donna;
 - pacchetto uomo;
 - prevenzione minori;
 - prevenzione terziaria;
 - altri controlli;

- **F) INVALIDITÀ PERMANENTE**
 - invalidità permanente;
 - monitoraggio domiciliare del paziente;
 - servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne;

- **G) ALTRE PRESTAZIONI**
 - interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery);
 - Lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto;
 - Procreazione medicalmente assistita;
 - Rimborso ticket per acquisto medicinali;
 - Visita di controllo;
 - Trisomia 21;

- Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA);
- Servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica;
- Visite psicologiche/psichiatriche;
- Logopedia figli minorenni;

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa;
- Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili;
- Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea;
- Rette Asili Nido;
- Consulto nutrizionale e dieta personalizzata;
- Borse di Studio per i figli dei dipendenti;
- Promozione dell'attività sportiva;
- Spese per la frequenza di Colonie Estive;

I) "CONTO SALUTE"

- Piano di risparmio sanitario

AVVERTENZA: L'estensione del Piano Sanitario ai familiari comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare ed i relativi familiari aderenti, fatta salva la facoltà dei soli familiari rientranti nella definizione di "nucleo familiare non a carico" di aderire in alternativa con massimali autonomi

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1) ed estensione ad interventi eseguiti in Day Hospital, Day Survey o in regime ambulatoriale

A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DAY HOSPITAL, DAY SURVAY O IN REGIME AMBULATORIALE (INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO ALLEGATO 1)

Qualora l'iscritto debba effettuare un intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

Prima del 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 ricompresi 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;

Dopo il 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), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Monitoraggio domiciliare del paziente nel pre/post ricovero e lungodegenza

- La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di **120** giorni (Programma 1).

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 1 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O2) e saturazione del sangue
- peso corporeo
-

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

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

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

Entrambe i programmi prevedono:

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

Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

Trasporto di primo soccorso

Il trasporto con ambulanza dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per gli interventi chirurgici elencati al successivo allegato 1, è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Sono previsti dei limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento così come elencato al successivo allegato 1, in base alla tipologia di intervento:

- **€ 18.000,00** Interventi Chirurgici ordinari
- **€ 22.500,00** Interventi Chirurgici complessi
- **€ 45.000,00** Trapianti

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

A.1.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed **integralmente** dalla Società alle strutture convenzionate.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Isritto ed **entro i massimali previsti per i singoli interventi chirurgici** così come indicato al successivo allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso

sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:

- a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, ove previsti;
- b) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

- **Utilizzo di strutture convenzionate con il Network Previmedical ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa **integralmente** le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Isritto.

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO

(solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso né per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), la Società corrisponde un'indennità di **€ 100,00** per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

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

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

A.3 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE POST RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

La Società, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero con intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1) indennizzabile dal Piano stesso e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

A.3.1 MASSIMALI E MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture o professionisti stessi **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Isritto ed entro il massimale di **€ 20.000,00** per anno e per nucleo familiare. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Isritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network

Le prestazioni verranno rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Isritto ed entro il massimale di **€ 10.000,00** per anno e per nucleo familiare.

A.4 DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO

Nel caso di ricovero per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1) indennizzabile dal Piano sanitario, la Società garantisce una diaria da convalescenza di **€ 100,00** al giorno per un massimo di **20** giorni per anno associativo.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica oppure dal medico di medicina generale (o medico di assistenza primaria)

A.5 NEONATI – RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO

La garanzia A.1 Ricoveri per intervento chirurgico (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. 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.

A.5.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per gli interventi sul neonato è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per gli interventi sul neonato è pari a **€ 22.500,00** anno/ nucleo familiare.

A.5.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed **integralmente** dalla Società alle strutture convenzionate.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Isritto ed **entro il massimale previsto dalla garanzia**.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

-
- **Utilizzo di strutture convenzionate con il Network Previmedical ed effettuate da medici non convenzionati**
Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa **integralmente** le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Isritto.

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

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
- Fistolografia
- 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
- 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

B.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 20.000,00** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.1.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 55,00** per accertamento o ciclo di terapia

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

B.2.VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per 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.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per le visite specialistiche è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 20.000,00** anno/persona, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.2.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 55,00** per visita.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà

effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al rimborso **integrale** dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

L'iscritto, per l'erogazione della presente copertura, può avvalersi unicamente del Servizio Sanitario Nazionale.

B.3.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 20.000,00** anno/ nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", ed "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

B.4.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 20.000,00** anno/ nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", ed "B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici".

B.4.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 36,00** a fattura.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (inclusa copertura per parto cesareo)

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

La Società provvede al pagamento delle spese per:

- 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;
- Test genetici prenatali (E.G. HARMONY TEST, PRENATAL SAFE) su DNA Fetale
- amniocentesi o villocentesi, ;
- 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.

B.5.1.1 MASSIMALE E MODALITÀ DI EROGAZIONE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 700,00** per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche", **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.
In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per:

- Visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia, controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica 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).

B.5.2.1 MASSIMALE E MODALITÀ DI EROGAZIONE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 700,00** per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio", **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

B.5.3 INDENNITÀ PER PARTO

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto, la Società corrisponderà un'indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero per un massimo di **7 giorni**.

B.5.4 CONTRIBUTO PER LATTE ARTIFICIALE

La Società provvede a riconoscere un contributo per il latte artificiale, nei primi 6 mesi di vita del neonato, previa presentazione della relativa prescrizione medica, fino ad un massimo di **€ 100** anno/nucleo familiare.

B.5.5 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

B.5.5.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato**.

B.5.5.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 36,00** per visita.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**

B.5.6 WEEK-END BENESSERE

Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:
Week-end benessere (escluso il pernottamento):

- visita dietologica
- incontro nutrizionista

- incontro personal trainer
- lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

B.5.6.1 MASSIMALE E MODALITÀ DI EROGAZIONE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato**.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate abilitate alle prestazioni previste dal pacchetto **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

C. FISIOTERAPIA

C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per 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.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto per tale garanzia è **illimitato**.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Il massimale previsto per tale garanzia è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 1.000,00** anno/nucleo familiare.

C.1.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Alternativamente all'erogazione presso una Struttura Sanitaria convenzionata l'Aderente potrà richiedere attraverso la Centrale Operativa di poter fruire della prestazione direttamente presso il proprio domicilio. Oltre ai terapisti saranno rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie ad un'adeguata e completa esecuzione del trattamento richiesto. Il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001) e tutte le apparecchiature ed elettromedicali che vengono consegnati al paziente od utilizzati dal Fisioterapista sono certificati e costantemente controllati in termini di sicurezza elettrica. Il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alla terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa. Il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio Nazionale.

Le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare vengono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate con applicazione della franchigia pari ad **€ 20** ad accesso.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 25,00** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

La Società provvede al pagamento delle spese per 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.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Il massimale previsto per tale garanzia è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Sono previsti dei limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento così come elencato al successivo allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed **integralmente** dalla Società alle strutture convenzionate.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Alternativamente all'erogazione presso una Struttura Sanitaria convenzionata l'Aderente potrà richiedere attraverso la Centrale Operativa di poter fruire della prestazione direttamente presso il proprio domicilio. Oltre ai terapisti saranno rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie ad un'adeguata e completa esecuzione del trattamento richiesto. Il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001) e tutte le apparecchiature ed elettromedicali che vengono consegnati al paziente od utilizzati dal Fisioterapista sono certificati e costantemente controllati in termini di sicurezza elettrica. Il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alla terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa. Il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio Nazionale.

Le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare vengono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate con applicazione della franchigia pari ad **€ 20** ad accesso.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Isritto ed **entro i massimali previsti per i singoli interventi chirurgici** così come indicato al successivo allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

La Società rimborsa **integralmente** le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'Isritto.

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

La Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia.

C.3.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Il massimale previsto per tale garanzia è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 450,00** anno/nucleo familiare.

C.3.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical al domicilio

Alternativamente all'erogazione presso una Struttura Sanitaria convenzionata l'Aderente potrà richiedere attraverso la Centrale Operativa di poter fruire della prestazione direttamente presso il proprio domicilio. Oltre ai terapisti saranno rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie ad un'adeguata e completa esecuzione del trattamento richiesto. Il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001) e tutte le apparecchiature ed elettromedicali che vengono consegnati al paziente od utilizzati dal Fisioterapista sono certificati e costantemente controllati in termini di sicurezza elettrica. Il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alla terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa. Il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio Nazionale.

Le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare vengono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate con applicazione della franchigia pari ad **€ 25** ad accesso.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di **€ 25,00** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network Previmedical, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

D.1 CURE DENTARIE

La Società provvede al pagamento delle spese relative a:

- prestazioni ortodontiche;
- cure odontoiatriche (compresa la paradontologia);
- terapie conservative;
- protesi dentarie;
- terapie canalari;
- trattamento topico con fluoruri.

D.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 700,00** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale".

D.1.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito come segue:

- Prestazioni ortodontiche: massimo **€ 100,00** anno / nucleo familiare
Cure odontoiatriche (compresa la paradontologia): massimo **€ 100,00** anno / nucleo familiare
- Terapie conservative: massimo **€ 100,00** anno / nucleo familiare
- Protesi dentarie: massimo **€ 100,00** anno / nucleo familiare terapie canalari: massimo **€ 100,00** anno/ nucleo familiare trattamento topico con fluoruri; massimo **€ 100,00** anno / nucleo familiare

Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi permane all'estero.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E/O IGIENE ORALE

La Società provvede al pagamento delle spese relative a:

- Visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale (1 volta l'anno)
- Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Compagnia, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Compagnia provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.
- Alla prima visita odontoiatrica e igiene effettuata in assistenza diretta, sarà reso disponibile GRATUITAMENTE al nucleo familiare su richiesta dell'assistito uno spazzolino Bluetooth con controllo automatizzato della regolarità di lavaggio, durata periodo di spazzolamento, monitoraggio denti non lavati, modalità multi-user (una testina per ciascun componente del nucleo familiare), meccanismo di gaming/rewarding.

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

D.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 700,00** anno/ nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie".

D.2.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito come segue:

- Visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale : massimo **€ 45,00** anno/persona

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

La Società provvede al pagamento delle spese relative a:

- o Visita pedodontica e/o ablazione tartaro (1 volta l'anno)
-
- Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Compagnia, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Compagnia provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

D.3.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è **illimitato.**

D.3.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito come segue:

- Visita pedodontica e/o ablazione tartaro: massimo **€ 45,00** anno/persona

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

La Società provvede al pagamento delle spese relative a:

- Sigillatura denti figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è **illimitato.**

D.4.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito come segue:

- Sigillatura denti figli minorenni: massimo **€ 40,00** anno / persona per singolo dente, massimo 2 denti a persona.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

D.5 APPARECCHI ORTODONTICI PER MINORI

La Società provvede al pagamento delle spese relative a:

- Apparecchi ortodontici per minori 1 volta ogni 3 anni

D.5.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 350,00** anno/ nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 150,00** anno/ nucleo familiare.

D.5.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

La garanzia prevede l'erogazione di un contributo 1 volta ogni 3 anni di **€ 250,00** per un apparecchio ortodontico per ciascun minore entro il massimale sopra previsto per nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

La garanzia prevede l'erogazione di un contributo 1 volta ogni 3 anni di **€ 100,00** per un apparecchio ortodontico per ciascun minore entro il massimale sopra previsto per nucleo familiare.

D.6 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

La Società liquida integralmente, senza applicazione di franchigie o scoperti, le spese sostenute per:

- 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

La documentazione medica necessaria per ottenere l'indennizzo consiste in:

radiografie e referti radiologici per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- accesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) Apicectomia per radice
- Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- Estrazione dente deciduo in anchilosi
- Pedo estrazione dente deciduo
- Estrazione dente permanente
- Frenulectomia o frenulotomia
- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie 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

D.6.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 5.500,00** anno/ nucleo familiare.

D.6.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

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

- Estrazione dente deciduo in anchilosi: massimo **€ 100,00** per prestazione
- Pedo estrazione dente deciduo-. massimo **€ 100,00** per prestazione
- Estrazione dente permanente: massimo **€ 100,00** per prestazione

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Si precisa che l'indennizzo per quanto sopra descritto è previsto sia in caso di regime ospedaliero sia in caso di regime ambulatoriale.

Relativamente al regime ospedaliero si precisa che in questo caso, oltre ai costi dell'equipe operatoria, sono compresi i costi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) relativi a:

- Intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi oltre agli

impianti come sopraindicato.

- Assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- Rette di degenza: non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

D.7 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE D'URGENZA

La Società liquida integralmente 1 volta l'anno le spese sostenute 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), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.

D.7.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato**.

D.7.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

D.8 IMPLANTOLOGIA STAND ALONE, COMPRESA MANUTENZIONE IMPIANTI E SOSTITUZIONE CORONE

La presente garanzia prevede la copertura delle spese sostenute per implantologia.

La garanzia opera ad integrazione delle somme ricevute dall'assistito attraverso la prestazione "implantologia post intervento" prevista nell'ambito della garanzia "D.6 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.

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

D.8.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 1.100,00** anno/ nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 300,00** anno/ nucleo familiare.

D.8.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

È previsto un limite massimo di **€ 400,00** per un impianto, **€ 700,00** per 2 impianti e **€ 1.100,00** in caso di 3 o più impianti.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

E. PREVENZIONE

AVVERTENZA: per tutte le prestazioni di prevenzione di seguito previste non è richiesta la presentazione di alcuna prescrizione medica.

I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori. Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni, nell'ambito del Protocollo Minori i relativi massimali sono condivisi tra tutti i componenti minorenni del Nucleo Familiare.

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 esclusivamente attraverso l'area riservata

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione (ovvero copertura al 100%).

- Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi permane all'estero.

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

E.1 SCREENING GENERICI

E.1.1 CONTROLLO DELLE ALLERGIE E DELLE INTOLLERANZE ALIMENTARI

La presente copertura garantisce 1 volta ogni 3 anni la copertura integrale dei costi per l'esecuzione da parte dell'Aderente o dei componenti del suo Nucleo Familiare di uno dei seguenti gruppi di test relativi alla eventuale presenza di A) Allergie o B) Intolleranze Alimentari direttamente presso il proprio domicilio. Gli esiti degli esami effettuati saranno elaborati da parte di un laboratorio di analisi specializzato e trasmessi in busta chiusa presso l'abitazione dell'Aderente.

A) Allergie:

L'allergia è una malattia del sistema immunitario che reagisce in maniera abnorme alla presenza di sostanze abitualmente innocue (polveri, acari, pollini etc). L'individuo affetto da allergia mostra la presenza di elevate concentrazioni di anticorpi IgE specifici nel sangue.

Il presente protocollo consente l'esecuzione di una serie di test finalizzati ad identificare la sensibilità dell'Aderente verso una o più sostanze allergiche:

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

B) Intolleranze Alimentari:

B.1) Intolleranza gruppo di alimenti

Le intolleranze alimentari sono spesso causa di una serie di disturbi che traggono origine dall'incapacità dell'organismo di digerire completamente alcuni alimenti, che vengono degradati solo a livello di macromolecole, non utilizzabili né per la produzione di energia né per la crescita cellulare. Il loro accumulo nel tempo lungo la parete intestinale è causa di processi infiammatori che possono inficiare la funzione di "filtro" dell'intestino con effetti che possono estendersi anche ad altri organi. Il presente test consente la verifica di eventuali intolleranze alimentari da parte dell'assicurato su un set predefinito di 32 alimenti al fine di consentire un'identificazione di eventuali incompatibilità.

B.2) Intolleranza Lattosio

Negli individui che presentano intolleranza al Lattosio, il consumo di latte e latticini provoca disturbi gastrointestinali. Di norma il lattosio una volta ingerito viene scisso nei due zuccheri che lo compongono (Galattosio e Glucosio). Se questo processo digestivo non viene compiuto gli zuccheri si accumulano nell'intestino generando i disturbi descritti sopra. Il presente test consente la verifica di un'eventuale intolleranza al Lattosio attraverso un test specifico sul DNA effettuato a partire da un prelievo della saliva che consente la ricerca del gene responsabile dell'ipolattasia.

B.3) Intolleranza Glutine (Celiachia)

La celiachia è una malattia autoimmune dell'intestino tenue causata da un'intolleranza al Glutine contenuto nelle farine di grano, orzo, segale ed altri cereali. L'assunzione di Glutine da parte di soggetti sensibili causa una reazione infiammatoria con conseguente produzione di anticorpi da parte del sistema immunitario.

Il presente test rileva la presenza, a seguito dell'assunzione di una o più farine, dei predetti anticorpi fornendo la possibilità di verificare la correttezza e la compatibilità della propria dieta.

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 della garanzia Accertamenti Diagnostici (B.3/B.4).

E.1.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

E.1.2 RICERCA PRESENZA HELICOBACTER PYLORI

L'Helicobacter Pylori è un batterio spiraliforme che può colonizzare la mucosa gastrica. L'infezione è spesso asintomatica ma può dar luogo a gastrite ed ulcere a livello dello stomaco e del duodeno, con possibili ulteriori complicanze dell'intestino.

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

La presente copertura garantisce 1 volta ogni 3 anni la copertura integrale dei costi per l'esecuzione da parte dell'Aderente o dei componenti del suo Nucleo Familiare del suddetto test.

E.1.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

E.2 PREVENZIONE BASE

E.2.1 PREVENZIONE BASE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **senza applicazione di franchigie o scoperti**:

Esami del sangue:

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- VES

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: Ricerca del sangue occulto

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno**.

E.2.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 80,00** a pacchetto.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.2.2 SINDROME METABOLICA

Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo area web dedicata agli iscritti.

La Società analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Iscritto l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a

disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Iscritto alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e verranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Iscritto verrà contattato dalla Società (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

La Società renderà disponibile GRATUITAMENTE a TUTTI gli assistiti mètaSalute che non ne siano già forniti un Misuratore BMI cobrandizzato, che consentirà a ciascuno di misurare autonomamente (comodamente al proprio domicilio) il proprio Indice di massa Corporea mettendo a confronto i valori di peso, altezza e circonferenza addominale (diversificata per uomo e donna). L'utilizzo del misuratore consentirà all'Assistito di poter disporre delle misurazioni necessarie alla compilazione del tool del Fondo per il calcolo dell'esposizione al rischio di Sindrome Metabolica.

Solo nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate dalla Società, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

La Società provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate dalla Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

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

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate dalla Società.

La Società, renderà disponibile GRATUITAMENTE a TUTTI gli assistiti mètaSalute con sindrome metabolica conclamata, che ne facciano richiesta contattando la Centrale Operativa e che non ne siano già forniti, una Bilancia wireless con misuratore di peso, di indici di grasso corporeo, massa magra, massa muscolare, massa ossea, acqua corporea e livello di grasso viscerale, direttamente interconnessa con il nutrizionista/internista convenzionato e/o accessibile da parte del nutrizionista/internista di propria fiducia.

E.2.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è di **€ 25,00** a pacchetto, elevato ad **€ 50,00** in caso di sindrome metabolica conclamata.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.3 PREVENZIONE DONNA

E.3.1 PACCHETTO DONNA

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate:

Prestazioni assicurate per Prevenzione tumore al seno / Sostegno periodo menopausa/ Prevenzione patologie connesse all'osteoporosi

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

- Ecocolordoppler 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

- Indagini di laboratorio specifiche - 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

E.3.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 80,00** a nucleo familiare.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.3.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE

(prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, di un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni, quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne - tra 30 e 39 anni.

E.3.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 36,00** a pacchetto, da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Donna.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.4 PREVENZIONE UOMO

E.4.1 PACCHETTO UOMO

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate:

Prestazioni assicurate per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche

Uomo – over 21 anni

- Visita cardiologica – una volta ogni due anni
- Ecografia testicolare (eseguibile sino al compimento dei 40 anni) – una volta ogni due anni

Uomo – over 50 anni

- Psa – una volta ogni due anni
- Rettosigmoidoscopia – una volta ogni due anni

Uomo – senza limite di età

- Visita urologica – una volta ogni due anni
- Ecografia prostatica (Ecografia transrettale) – una volta ogni due anni

E.4.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 80,00** a nucleo familiare.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.4.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini over 50)

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni:

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

E.4.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 50,00** a pacchetto, da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.5 PREVENZIONE MINORI

E.5.1 PROTOCOLLO MINORI

La Società provvede al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate, suddivise in base all'età del minore e da eseguire una volta in base alla fascia di appartenenza. Il protocollo minori è fruibile dai figli minori, con condizioni dei massimali tra tutti i componenti minorenni del Nucleo Familiare.

	Strutture convenzionate	Strutture non convenzionate
6 MESI - 2 ANNI non compiuti	Massimale	
Visita Pediatrica (Valutazione Di Base, Auxologica, Psicomotoria E Cognitiva) Visita Otorinolaringoiatrica con Test Audiometrico	Illimitato	€ 36,00 anno/nucleo
2 ANNI - 4 ANNI non compiuti	Massimale	
Visita oculistica completa Tonometria Esame del fundus Stereopsi e color test Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio) Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo). Nell'ambito delle patologie del linguaggio o delle disprassie verbali, la visita specialistica sarà in grado di intercettare eventuali condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita LOGOPEDICA Esami di laboratorio per screening della celiachia (emocromo completo con formula, anticorpi anti endomisio (ema) e anticorpi antitransglutaminasi) Biopsia intestinale. In ipotesi di positività degli esami di laboratorio specifici di cui alla precedente riga	Illimitato	€ 60,00 anno/nucleo
4 ANNI - 6 ANNI non compiuti	Massimale	
Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo). Nell'ambito delle patologie del linguaggio/disprassie verbali intercetta eventuali condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita LOGOPEDICA Visita odontoiatrica e ortodontica (igiene orale, fluoroprofilassi) in alternativa alle analoghe prestazioni previste alla garanzia "D Odontoiatria" Spazzolino Bluetooth reso disponibile GRATUITAMENTE al nucleo familiare su richiesta dell'assistito alla prima visita odontoiatrica e igiene effettuata in assistenza diretta, con controllo automatizzato della regolarità di lavaggio, durata periodo di spazzolamento, monitoraggio denti non lavati, modalità multi-user (una testina per ciascun componente del nucleo familiare), meccanismo di gaming/rewarding. Visita oculistica completa Tonometria Esame del fundus Stereopsi e color test Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio)	Illimitato	€ 80,00 anno/nucleo
6 ANNI - 8 ANNI non compiuti	Massimale	
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	Illimitato	€ 60,00 anno/nucleo
8 ANNI - 11 ANNI non compiuti	Massimale	

Visita ortopedica	Illimitato	€ 36,00 anno/nucleo
Visita endocrinologica		
11 ANNI - 18 ANNI non compiuti	Massimale	
Visita pediatrica (valutazione globale dello stato di salute dell'adolescente) Visita ortopedica Visita endocrinologica Analisi del sangue: Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, Esame emocromocitometrico e morfologico completo, Colesterolo totale, HDL e LDL, Trigliceridi, Glicemia, Anti-Transglutaminasi: esami di screening per la diagnosi precoce del Morbo Celiaco. L'inserimento tra le analisi proposte di Colesterolo totale, HDL, LDL e Trigliceridi è funzionale alla diagnosi precoce delle dislipidemie a carattere eredo-familiare che possono già manifestarsi in questa fascia di età. Relativamente alla Glicemia, il monitoraggio del metabolismo glucidico è opportuno in considerazione del fatto che in questa fascia di età vi è spesso una alimentazione incongrua (merendine, McDonald, ecc.) L'Anti-Transglutaminasi consente la diagnosi precoce del Morbo Celiaco.	Illimitato	€ 50,00 anno/nucleo

In caso di utilizzo di strutture non convenzionate i limiti previsti sono da intendersi annui e cumulati per l'insieme dei figli presenti nel nucleo, quindi indipendentemente dalla fascia di età sarà resa disponibile per anno e per nucleo di minori la somma massima prevista nella fascia di età con importo maggiore.

Es: figlio 4-6 anni e figlio 8-11 anni. Nello stesso anno si potrà usufruire dei 36 € per figlio nella fascia 8-11 anni ed il solo residuo importo (€ 44) per arrivare agli 80€ per il figlio che rientra nella fascia 4-6 anni.

E.6 PREVENZIONE TERZIARIA

E.6.1 MONITORAGGIO IPERTENSIONE

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta all'anno, in un'unica soluzione:

- 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)

Qualora all'esito del pacchetto emergano degli indicatori abilitanti uno screening di secondo livello, sarà possibile anche effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

- 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"

E.6.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 36,00** a pacchetto, da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Prevenzione Base E.2.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

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

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni:

- 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

Qualora all'esito del pacchetto emergano degli indicatori abilitanti uno screening di secondo livello, sarà possibile anche effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

- 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"

E.6.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 36,00** a pacchetto, da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Prevenzione Base E.2.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.7 ALTRI CONTROLLI

E.7.1 PACCHETTO PREVENZIONE TUMORI DELLA PELLE

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 3 anni, in un'unica soluzione:

- Visita specialistica dermatologica
- Epiluminescenza

E.7.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 50,00** a pacchetto.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

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

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta all'anno:

- Visita fisiatrica oppure visita osteopatica

E.7.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 50,00** a pacchetto.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

E.7.3 MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE TIROIDEE

La Società provvede, al pagamento, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, delle prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni:

- Visita specialistica endocrinologica
- TSH
- Qualora all'esito del pacchetto emergano degli indicatori abilitanti uno screening di secondo livello, sarà possibile anche effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:
- Ecografia del collo (tiroide, paratiroidi, linfonodi) – su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici"
- FT3 - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici"
- FT4 - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici"

E.7.3.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è pari a **€ 50,00** a pacchetto.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche precedentemente all'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente. Sono destinatari della garanzia i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti soggettivi di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche precedentemente all'attivazione della copertura sanitaria:

A) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL:

- a) Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%;
- b) Invalidità di grado superiore a 33% e sino al 66%;
- c) Invalidità di grado superiore al 66% e sino al 100%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui sopra il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 24% e 33%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati e/o noleggiati (ad es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per riedicazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, etc)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala,veicoli per supporto movimenti,etc.)
5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

Il massimale previsto è di **€7.000,00**.

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 potranno essere eseguite su richiesta dell'assistito anche in assistenza diretta.

b. Invalidità con grado superiore a 33% e sino al 66%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala,veicoli per supporto movimenti,etc.)
5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Massimale

Il massimale previsto è di **€ 10.000,00**. Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 potranno essere eseguite su richiesta dell'assistito anche in assistenza diretta.

c. Invalidità con grado superiore a 66% e sino al 100%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese

necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala,veicoli per supporto movimenti,etc.)
5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Massimale

Il massimale previsto è di **€ 15.000,00**. Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 potranno essere eseguite su richiesta dell'assistito anche in assistenza diretta.

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui sopra il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati e/o noleggiati (ad es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, etc)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala,veicoli per supporto movimenti,etc.)
5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale

Il massimale previsto è di **€ 8.000,00**. Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 potranno essere eseguite su richiesta dell'assistito anche in assistenza diretta.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)
5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Massimale

Il massimale previsto è di € 10.000,00 -. Le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 potranno essere eseguite su richiesta dell'assistito anche in assistenza diretta.

F.2 MONITORAGGIO DOMICILIARE DEL PAZIENTE IN UNO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (per tutti i punti di cui al punto F.1)

La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si trovi in uno stato di non autosufficienza, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma ha la medesima durata della non autosufficienza.

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

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

Il Programma prevede:

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

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

In caso di ricovero chirurgico/medico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco degli interventi chirurgici) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, la Società rimborsa tramite la rete di strutture convenzionate Previmedical le prestazioni di:

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

La Società concorderà - anche per il tramite di Previmedical - il programma medico/riabilitativo con l'Assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo la Società si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

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

F.13.1 MASSIMALE E MODALITÀ DI EROGAZIONE

Il massimale previsto è di € 5.000,00 anno / nucleo familiare solo in strutture convenzionate con il Network Previmedical.

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in day-surgery o in day hospital

Qualora l'Isritto debba effettuare un intervento chirurgico minore tra quelli previsti nel seguente elenco:

- a) ernia inguinale

- b) vene varicose
- c) fimosi
- d) fistole anali
- e) dito a scatto
- f) idrocele
- g) neuroma di Morton
- h) orchidopessi
- i) ragade anale
- j) dacriocistorinostomia
- k) intervento di cataratta
- l) intervento per tunnel carpale
- m) intervento per alluce valgo
- n) intervento per varicocele
- o) intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

-

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- 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;

G.1.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 5.000,00** ad evento.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 2.500** ad evento.

G.1.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (comprese le montature) O A CONTATTO

La presente copertura prevede il pagamento delle spese sostenute per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista.

Lo smarrimento/furto degli occhiali o la rottura accidentale delle lenticole/o della montatura sono indennizzate nel corso del triennio con riferimento agli occhiali/lenti oggetto dell'indennizzo previsto dalla presente copertura.

G.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa una tantum a disposizione per la presente copertura è di **€ 150,00** ogni tre anni, con contributo aggiuntivo di **€ 75,00** in caso di rottura lente/lenti e di **€ 55,00** in caso di smarrimento/furto degli occhiali o rottura accidentale della montatura.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa una tantum a disposizione per la presente copertura è di **€ 100,00** ogni tre anni, con contributo aggiuntivo di **€ 50,00** in caso di rottura lente/lenti e di **€ 35,00** in caso di smarrimento/furto degli occhiali o rottura accidentale della montatura.

G.2.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

G.3 PROCREAZIONE MEDICALE ASSISTITA (tutte le tecniche)

La presente garanzia prevede la copertura delle spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza applicazione di franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata

G.3.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è di **€ 700,00** anno / nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il massimale previsto è di **€ 500,00** anno / nucleo familiare.

G.4 RIMBORSO TICKET PER ACQUISTO MEDICINALI

La presente garanzia prevede la copertura delle spese ticket per acquisto medicinali.

G.4.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è di **€ 120,00** anno / nucleo familiare esclusivamente in forma rimborsuale.

G.4.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **con l'applicazione di una franchigia di € 10**.

G.6 VISITE DI CONTROLLO PER IL MONITORAGGIO DELLA MALATTIA, DELLE COMPLICANZE PIÙ FREQUENTI E PER LA PREVENZIONE DEGLI ULTERIORI AGGRAVAMENTI

La Società garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare una visita specialistica di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti, 1 volta al mese presso i Centri autorizzati Previmedical.

La garanzia potrà essere usufruita, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare assicurato.

Si precisa inoltre che nel periodo di copertura non potrà essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato.

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito. In tal caso è possibile fruire della garanzia 1 volta l'anno.

Le prestazioni sono garantite **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

G.6.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è **illimitato.**

G.6.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società **esclusivamente presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.**

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti, fino al massimo di € 36,00 per visita.**

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti.**

G.6 TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DI ASSISTITI)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **€ 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

Si precisa che la presente garanzia ha natura meramente indennitaria ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia per le spese relative alle cure, all'assistenza ed alla promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21. Si precisa che in ragione della natura e della finalità della presente indennità tale importo non assoggettabile ad imposta ai sensi dell'art. 6, comma 2, del TUIR.

G.7 INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI RICOVERATI IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

La presente copertura prevede l'erogazione di un indennizzo annuo, a favore degli Aderenti i cui genitori siano ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato.

L'indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dagli Aderenti per i genitori ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato in quanto non autosufficienti o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle loro condizioni di salute e di autonomia. L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi.

Il contributo è concesso nella misura di **€ 1.000,00** annuali innalzati ad **€ 1.200,00** in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito ed è valido per un solo genitore, anche nel caso in cui entrambi i genitori fossero ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato.

G.8 SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PEDIATRICA E VISITA DOMICILIARE PEDIATRICA

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

La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Nel caso la guardia medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza tali da motivare l'attivazione della visita domiciliare, predisporrà l'effettuazione della stessa.

Il costo delle visite domiciliari attivate tramite il servizio di Guardia medica saranno liquidate con l'applicazione di una franchigia di € **36,00** per ogni visita, che l'Assistito dovrà versare direttamente al medico specialista.

G.9 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

La presente copertura prevede un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per le seguenti prestazioni:

- a) Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia adolescenziale
- b) Visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.9.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € **350,00** anno/nucleo familiare.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € **250,00** anno/nucleo familiare.

G.9.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti, fino al massimo di € 36,00 per visita**.

In ogni caso, qualora l'assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

G.10 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Sono comprese in garanzia le spese sostenute per logopedia a seguito di malattia, purché effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.10.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € **100,00** anno/nucleo familiare.

G.10.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture convenzionate **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il regime rimborsuale è sempre ammesso, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito.

Le prestazioni vengono rimborsate dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti, fino al massimo di € 20,00 a seduta**.

Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

I Ticket sanitari vengono rimborsati dalla Società all'Assistito **senza l'applicazione di franchigie o scoperti**.

H. PRESTAZIONI SOCIALI (prestazioni accessibili per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria)

H.1 INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ PER ASTENSIONE FACOLTATIVA

La presente garanzia prevede un'indennità giornaliera di **€ 15,00** innalzata del 40% in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito per la durata massima di 90 giorni complessivi per anno.

La presente garanzia opera in favore di madri lavoratrici e padri lavoratori che decidono di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità, decorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro.

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

La presente copertura prevede l'erogazione di un indennizzo annuo di ammontare 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

La presente garanzia prevede l'erogazione di un'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

La presente garanzia prevede l'erogazione di un'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

La presente garanzia prevede la copertura delle spese sostenute per 1 consulto e dieta personalizzata all'anno per nucleo familiare.

H.5.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite complessivo di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 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

È riconosciuta l'erogazione a titolo forfettario di una borsa di studio a favore dell'aderente i cui figli abbiano raggiunto una delle seguenti condizioni:

- Diploma di istruzione secondaria superiore, con votazione almeno pari a 90/100
- Iscrizione, in corso, al secondo anno di università, con media almeno pari a 26/30

Le somme erogate sono le seguenti:

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

H.7 PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA

H.7.1 QUOTA ASSOCIATIVA PER ATTIVITÀ SPORTIVA

La Società provvede al rimborso, **senza applicazione di franchigie o scoperti**, della quota associativa (o quota iscrizione) sostenuta

annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica, escluso l'abbonamento.

Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

H.7.1.1 MASSIMALE

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 120,00 anno/nucleo familiare**.

H.7.2 VISITA SPORTIVA AGONISTICA / NON AGONISTICA

La Società provvede al rimborso di una visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo).

Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

H.7.2.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **illimitato**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 55,00 anno/nucleo familiare**.

Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

H.8.2 COLONIE ESTIVE

La Società provvede al 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.

Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

H.8.1 MASSIMALE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è **€ 120,00 anno/nucleo familiare**.

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 75,00 anno/nucleo familiare**.

I. CONTO SALUTE

I.1 PIANO DI RISPARMIO SANITARIO

Si tratta di un piano costruito con la logica delle polizze sanitarie utilizzate nel national health system nel regno unito e note come "cash plan") che consente ai nuclei familiari di accreditare su un proprio conto dedicato i risparmi sanitari derivanti da ciascuna annualità assicurativa al fine di poter disporre di una maggior somma in termini di rimborso al verificarsi di uno o più eventi inclusi in copertura.

MODALITÀ DI ALIMENTAZIONE DEL CONTO SALUTE:

A) Accumulo di Bonus Salute:

Qualora l'assicurato 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'assicurato (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.

Qualora il Fondo cambiasse gestore assicurativo alla scadenza naturale dell'accordo quadro tra Mètasalute e RBMS, quanto accreditato su ciascun Conto Salute sarà trasferito al nuovo gestore assicurativo affinché venga utilizzato con i fini di cui alla presente clausola.

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'assicurato (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.

Qualora alla scadenza naturale dell'accordo quadro tra Mètasalute e RBMS, quanto accreditato su ciascun Conto Salute sarà trasferito al nuovo gestore assicurativo affinché venga utilizzato con i fini di cui alla presente clausola.

Contatti



Numero verde: 800189671 (da telefono fisso e cellulare) dal quale è possibile selezionare 3 menù:

OPZIONE 0:

Istruzioni per la registrazione degli aderenti al Fondo.

OPZIONE 1 (Centrale Operativa della Compagnia Assicurativa, attiva 24/24 h):

per avere informazioni sui Piani Sanitari, sulle prenotazioni delle prestazioni, sui rimborsi delle spese mediche e sulle strutture convenzionate.

OPZIONE 2 (Contact Center del Fondo mètaSalute, attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle 18.00):

per avere informazioni sulle modalità di adesione, sulla contribuzione e sulla gestione amministrativa.

+39 06.94809052

Per chiamate di Preattivazione dall'estero, raggiungibile da telefono fisso e mobile, attivo 24/24 ore per 7/7 giorni.

