GUIDA ALLE PRESTAZIONI PIANO BASE 2024-2026

Differenze per piani MS1-MS2-MS3-MS4

mètaSalute
FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

INDICE

PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO 3

PRESTAZIONI EXTRARICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE 12

FISIOTERAPIA 22

ODONTOIATRIA 26

PREVENZIONE 32

INVALIDITÀ PERMANENTE 36

ALTRE PRESTAZIONI 42

PRESTAZIONI SOCIALI 51

mètaSalute

FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

A. Prestazioni Ospedaliere

- QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

PRESTAZIONI	**PIANO SANITARIO BASE: RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (COMPRESO NELL'ALLEGATO "ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI")** **Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella:** Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo. Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) pari a € 4.000,00 per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta. Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione e a scopo profilattico. L'intervento demolitivo deve essere avvenuto dopo il 01.01.2024.
PRE-RICOVERO	Gli esami, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.
DURANTE IL RICOVERO	Gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico e risultante dal referto operatorio; i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito; le rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente; prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
POST RICOVERO	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero senza limite di giorni. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura. Si precisa che le prestazioni post ricovero collegate ad un intervento avvenuto nel 2023 che dovranno essere eseguite nel 2024, potranno essere erogate esclusivamente in forma rimborsuale alle condizioni previste per l'evento principale (ricovero). Tali prestazioni post ricovero possono essere effettuate presso una struttura convenzionata con il Network oppure non convenzionata. Verranno applicate le condizioni (massimali ed eventuali scoperti e franchigie) del regime prescelto per l'evento principale (ricovero).

Regimi di erogazione	Condizioni	Massimale
Assistenza diretta	Scoperto 15%	illimitato
Regime rimborsuale	Scoperto 15% nei massimali previsti per i singoli interventi	€ 18.000,00 Interventi Chirurgici ordinari € 22.500,00 Interventi Chirurgici complessi € 45.000,00 Trapianti Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia per demolizione avvenuta dopo il 01.01.2024 4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella

Utilizzo Servizio Sanitario Nazionale (spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort)rimasti a carico dell'Assicurato: nessuno scoperto/franchigia

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non Convenzionati:
Si precisa che la richiesta di autorizzazione di un ricovero in forma diretta viene concessa solo quando risultino convenzionati sia la struttura sanitaria, sia la prestazione richiesta e sia il medico che la deve eseguire. In tutti gli altri casi l'autorizzazione non sarà concessa e l'Assicurato, una volta sostenute le spese del ricovero, potrà chiederne il rimborso, sempre che sussistano tutti i presupposti previsti dal presente contratto: in tali casi saranno applicate le condizioni del regime rimborsuale a tutte le spese sostenute, anche a quelle riferibili ad una struttura convenzionata o a un medico convenzionato.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA SSN (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) compreso nell'Allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici"	Riconoscimento di un'Indennità Sostitutiva di 100€ al giorno per un massimo di 150 giorni per ricovero previo invio della copia della Cartella Clinica. Qualora l'Assicurato abbia richiesto l'indennizzo (sia in forma di assistenza diretta che attraverso il regime rimborsuale) di prestazioni prima, durante e dopo il ricovero di cui alla lettera A.1. non avrà diritto a ottenere l'indennità sostitutiva. L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

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

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

Forma indiretta

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

Struttura convenzionata in regime diretto

Richiedi l'emissione del VoucherSalute® che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta. Ottenuto il VoucherSalute® fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher. Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.

- APP GRATUITA (su Google Play e Apple Store) — RAPIDO
- AREA RISERVATA DEL SITO www.fondometasalute.it — RAPIDO
- CENTRALE OPERATIVA 800.99.18.15 0422.17.44.299 — MENO RAPIDO

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

In regime rimborsuale, ticket (SSN)

Entro 2 anni dall'emissione del documento di spesa o dalla data delle dimissioni presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della cartella clinica) e copia dei documenti di spesa.

- APP GRATUITA (su Google Play e Apple Store)
- AREA RISERVATA DEL SITO www.fondometasalute.it
- FORMA CARTACEA (compila il modulo e invia copia della documentazione)

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

Allegato 1: Elenco Grandi interventi chirurgici

CHIRURGIA GENERALE

Cardiochirurgia e chirurgia toracica

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

Collo

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

Esofago

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

Fegato

- Derivazioni biliodigestive € 18.000,00
- Drenaggio di ascesso epatico € 18.000,00
- Interventi chirurgici per ipertensione portale € 18.000,00
- Interventi per echinococcosi € 18.000,00
- Interventi sulla papilla di Vater € 18.000,00
- Reinterventi sulle vie biliari € 18.000,00
- Resezioni epatiche € 18.000,00
- Trapianto di fegato € 45.000,00
- Colecistectomia anche per via endoscopica € 18.000,00

Interventi su polmone – bronchi – trachea

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

Interventi sul mediastino

- Interventi per tumori € 18.000,00

Interventi sul sistema nervoso simpatico

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

Intestino

- Colectomia totale € 18.000,00
- Colectomie parziali € 18.000,00
- Sigmoidostomia compreso eventuale intervento di chiusura stomia € 18.000,00

Nervi periferici

- Asportazione tumori dei nervi periferici € 18.000,00
- Interventi sul plesso brachiale € 18.000,00

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto €22.500,00
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici € 18.000,00
- Apertura di ascesso cerebrale € 18.000,00
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari € 18.000,00
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc) € 22.500,00
- Asportazione tumori dell'orbita € 18.000,00
- Asportazione tumori ossei della volta cranica € 18.000,00
- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica € 18.000,00
- Cranioplastica € 18.000,00
- Cordotomia e mielotomia percutanea € 18.000,00
- Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale €18.000,00
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale € 18.000,00
- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche € 18.000,00
- Emisferectomia € 22.500,00
- Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario €22.500,00
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore € 18.000,00
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore € 18.000,00
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.) € 22.500,00
- Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore €18.000,00
- Interventi per traumi cranio cerebrali € 18.000,00
- Interventi per traumi vertebro-midollari € 18.000,00
- Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica € 18.000,00
- Intervento per craniostenosi € 18.000,00
- Intervento per encefalomeningocele € 18.000,00
- Interventi neurochirurgici per ablazione foci epilettogeni € 18.000,00
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale € 18.000,00
- Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive) € 18.000,00
- Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi € 18.000,00

- Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre) € 18.000,00
- Radiochirurgia gammaknife € 18.000,00
- Radiochirurgia stereotassica intracranica € 18.000,00
- Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici € 18.000,00
- Spondilolistesi (dal II grado e radiologicamente documentata) € 18.000,00
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari €18.000,00
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose) € 22.500,00
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche € 18.000,00
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.) € 18.000,00

Pancreas - Milza

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

Peritoneo

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale € 18.000,00

Retto – Ano

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

Stomaco, duodeno

- Gastroectomia se allargata € 18.000,00
- Gastroectomia totale € 18.000,00
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica € 18.000,00
- Mega-esofago e esofagite da reflusso € 18.000,00
- Resezione gastrica € 18.000,00
- Resezione gastroduodenale per ulcera peptica post-operatoria € 18.000,00
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali € 18.000,00

Torace – parete toracica

- Correzioni di malformazioni parietali € 18.000,00
- Resezione costali € 18.000,00
- Toracotomia esplorativa € 18.000,00
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con eventuali linfoadenectomie associate € 18.000,00
- Mastectomia semplice totale con eventuali linfoadenectomie € 18.000,00
- Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfoadenectomie associate, qualsiasi tecnica € 18.000,00
- Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella, qualsiasi tecnica senza altre linfoadenectomie associate € 18.000,00

CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE

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

CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)

Arti

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

Cranio – faccia e collo

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

Torace e addome

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

CHIRURGIA VASCOLARE

- Anastomosi mesenterica-cava € 18.000,00
- Anastomosi porta-cava e splenorenale € 18.000,00
- Disostruzione e by-pass aorto-addominale € 18.000,00
- Disostruzione e by-pass arterie periferiche € 18.000,00
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo € 18.000,00

- Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto € 18.000,00
- Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima € 18.000,00
- Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale € 18.000,00
- Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale € 18.000,00
- Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee € 18.000,00
- Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi € 18.000,00
- Interventi per innesti di vasi € 18.000,00
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca € 18.000,00
- Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache € 18.000,00
- Legatura vena cava inferiore € 18.000,00
- Resezione arteriosa con plastica vasale € 18.000,00
- Sutura arterie periferiche € 18.000,00
- Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo € 18.000,00
- Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti € 18.000,00
- Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione
- arteria ipogastrica € 18.000,00
- Trombectomia venosa periferica cava € 18.000,00
- Trombectomia venosa periferica iliaca € 18.000,00

GINECOLOGIA

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

LARINGE – TRACHEA – BRONCHI - ESOFAGO

Collo (vedere anche chirurgia generale)

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

Laringe

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

OCULISTICA

Bulbo oculare

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

Orbita

- Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia € 18.000,00
- Operazione di Kroenlein od orbitotomia € 18.000,00
- Odontocheratoprotesi € 18.000,00
- Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero) € 18.000,00

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Emipelvectomia € 18.000,00
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca €22.500,00
- Protesi totale per displasia d'anca € 22.500,00

OSTETRICIA

- Laparotomia per gravidanza extrauterina € 18.000,00

OTORINOLARINGOIATRIA

Cavo orale e faringe

- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento laterocervicale € 18.000,00
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari € 18.000,00
- Tumori parafaringei € 18.000,00

Ghiandole salivari

- Parotidectomia totale con preparazione del facciale €18.000,00

Orecchio esterno

- Atresia auris congenita: ricostruzione € 18.000,00

Orecchio medio ed interno

- Anastomosi e trapianti nervosi € 18.000,00
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio € 18.000,00
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa €18.000,00
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale €18.000,00
- Chirurgia del sacco endolinfatico € 18.000,00
- Chirurgia della Sindrome di Mènière € 18.000,00
- Distruzione del labirinto € 18.000,00
- Neurinoma del VIII paio € 22.500,00
- Sezione del nervo cocleare € 18.000,00
- Sezione del nervo vestibolare € 18.000,00
- Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico € 18.000,00
- Trattamento delle petrositi suppurate € 18.000,00

UROLOGIA

Apparato genitale maschile

- Amputazione totale del pene € 18.000,00

- Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica) € 18.000,00
- Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari € 18.000,00
- Orchidopessi bilaterale € 18.000,00
- Orchiectomia allargata per tumore € 18.000,00
- Orchifuniculectomia per via inguinale € 18.000,00
- Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica) € 18.000,00

Rene

- Endopielolitotomia per stenosi del giunto piero-uretale €18.000,00
- Lombotomia per ascessi pararenali € 18.000,00
- Nefrectomia allargata per tumore € 18.000,00
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia €22.500,00
- Nefrectomia parziale € 18.000,00
- Nefrectomia semplice € 18.000,00
- Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova) € 18.000,00
- Nefroureterectomia totale € 22.500,00
- Pielotomia € 18.000,00
- Pieloureteroplastica (tecniche nuove) € 18.000,00
- Resezione renale con clampaggio vascolare € 18.000,00
- Trapianto renale € 22.500,00

Surrene

- Surrenalectomia € 18.000,00

Uretere

- Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale € 18.000,00
- Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere €18.000,00
- Ureterocistoneostomia con psoizzazione vescicole € 18.000,00
- Ureterocistoneostomia monolaterale € 18.000,00
- Ureteroplastica € 18.000,00
- Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale € 18.000,00

Uretra

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

Vescica

- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder € 22.500,00
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale €18.000,00
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileouretroanastomosi € 18.000,00
- Cistoprostatovescicolectomia con ureterosingmoidostomia €18.000,00
- Diverticolectomia con U.C.N. € 18.000,00
- Emitrigonectomia € 18.000,00
- Ileo bladder € 18.000,00
- Ileo e\o coloncistoplastiche € 18.000,00
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali €18.000,00
- Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale €18.000,00
- Riparazione di fistola vescico intestinale € 18.000,00
- Riparazione fistole vescico vaginali € 18.000,00
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale €22.500,00

PIANI MS1-MS2-MS3-MS4

- **Principali differenze rispetto al piano BASE**:

- Il piano Base e l'MS1 prevedono la copertura dei soli interventi rientranti nell'allegato "Elenco grandi interventi chirurgici"; i Piani MS2, MS3 e MS4 prevedono l'estensione a tutti gli interventi.
- I piani MS2, MS3 e MS4 prevedono anche l'intervento laser correzione difetti visivi solo per diottrie >=7 per ciascun occhio.

Ricoveri	MS1	MS2	MS3	MS4
CONDIZIONI	**Diretta** (come piano Base) Scoperto 15% **Indiretta** Come piano Base: Scoperto 15% nei massimali previsti per i singoli interventi	**Diretta:** Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato **Indiretta** Scoperto 15% - nei massimali previsti per i singoli interventi per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato		
MASSIMALE	**Diretta** (come piano Base) Illimitato **Indiretta** Come piano Base: € 18.000,00 Interventi Chirurgici ordinari € 22.500,00 Interventi Chirurgici complessi € 45.000,00 Trapianti Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia 4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella	**Diretta** (come piano Base) Illimitato **Indiretta** € 18.000,00 Interventi Chirurgici ordinari € 22.500,00 Interventi Chirurgici complessi € 45.000,00 Trapianti Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia 4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"		

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

mètaSalute

FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

PRESTAZIONI EXTRARICOVERO/ ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

B.1 Alta Specializzazione e B.4 Accertamenti

B.1 - Alta Specializzazione *(si veda elenco prestazioni)*	Condizioni	
Massimo 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare.	Assistenza diretta	Scoperto 40%
	Regime rimborsuale	Rimborso massimo 50,00 euro per accertamento

B.4 - Accertamenti Diagnostici *(tutti gli accertamenti non previsti dall'Alta Specializzazione)*	Condizioni	
Massimo 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare	Assistenza diretta	Scoperto 40%
	Regime rimborsuale	Rimborso massimo 30,00 euro per fattura

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

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

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

Forma indiretta

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

Struttura convenzionata in regime diretto

Richiedi l'emissione del VoucherSalute® che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta. Ottenuto il VoucherSalute® fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher. Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.

- APP GRATUITA (su Google Play e Apple Store) — RAPIDO
- AREA RISERVATA DEL SITO www.fondometasalute.it — RAPIDO
- CENTRALE OPERATIVA 800.99.18.15 0422.17.44.299 — MENO RAPIDO

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

In regime rimborsuale

Entro 2 anni anni dall'emissione del documento di spesa o dalla data delle dimissioni presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica con patologia) e copia dei documenti di spesa. . A seguito di intervento allegare anche copia della SDO (scheda di dimissione ospedaliera); in seguito a infortunio allegare anche copia del certificato del pronto soccorso.

- APP GRATUITA (su Google Play e Apple Store)
- AREA RISERVATA DEL SITO www.fondometasalute.it
- FORMA CARTACEA (compila il modulo e invia copia della documentazione)

B.1 Alta Specializzazione

Alta diagnostica radiologica *(esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")*

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Colangiopancreatografia endoscopica retrogada (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Accertamenti endoscopici
- Doppler
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- 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)

Ulteriori prestazioni

- Coronarografia
- Cisternografia

Si precisa che sono comprese in garanzia:
- la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica)
- la colangiopancreatografia endoscopica retrogada (ERCP)

Si precisa inoltre che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assiscurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico. Qualora l'accertamento in fase di esecuzione richieda altre prestazioni non preventivamente autorizzabili o si tramuti in intervento chirurgico ambulatoriale (es. colonscopia con polipectomia), verrà comunque mantenuta l'autorizzazione della parte diagnostica inviata e si procederà alla rettifica per le prestazioni autorizzabili con ricalcolo dello scoperto a carico dell'Assicurato. La parte di prestazione non inizialmente preventivabile, rimarrà a totale carico dell'assicurato in quanto non prevista dal contratto.
Le biopsie effettuate durante l'accertamento si considerano comprese nell'accertamento stesso.

PIANI MS1-MS2-MS3-MS4

- **Principali differenze rispetto al piano BASE**:

Alta specializzazione	MS1	MS2	MS3	MS4
CONDIZIONI	**Assistenza diretta** (come piano Base) Scoperto 40% **Regime rimborsuale** rimborso massimo 70,00 euro per accertamento			
MASSIMALE	Come piano Base: massimo 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare			

Accertamenti diagnostici	MS1	MS2	MS3	MS4
CONDIZIONI	**Assistenza Diretta** (come piano Base) Scoperto 40% **Regime rimborsuale** Come piano Base: rimborso massimo 30,00 euro per fattura			**Assistenza diretta** Scoperto 30% **Regime rimborsuale** (come piano Base) rimborso massimo 30,00 euro per fattura
MASSIMALE	Come piano Base: massimo 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare			

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

B.2 Visite Specialistiche

QUALI VISITE SONO PREVISTE:

- Tutte le visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.
- infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio

B.2 - Visite Specialistiche	Condizioni	
Massimo 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare	Assistenza diretta	Franchigia 45,00 euro
	Regime rimborsuale	Rimborso massimo € 50 per visita

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

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

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

Forma indiretta

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

Struttura convenzionata in regime diretto

Richiedi l'emissione del VoucherSalute® che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni di lavorativi dalla richiesta. Ottenuto il VoucherSalute® fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher. Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.

- APP GRATUITA (su Google Play e Apple Store) — RAPIDO
- AREA RISERVATA DEL SITO www.fondometasalute.it — RAPIDO
- CENTRALE OPERATIVA 800.99.18.15 0422.17.44.299 — MENO RAPIDO

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

In regime rimborsuale

Entro 2 anni dal documento di spesa o dalla data delle dimissioni presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica e patologia) e copia dei documenti di spesa. A seguito di intervento allegare anche copia della SDO (scheda di dimissione ospedaliera); in seguito a infortunio allegare anche copia del certificato del pronto soccorso.

- AREA RISERVATA DEL SITO www.fondometasalute.it
- FORMA CARTACEA (compila il modulo e invia copia della documentazione)

PIANI MS1-MS2-MS3-MS4

- **Principali differenze rispetto al piano BASE**:

Visite Specialistiche	MS1	MS2	MS3	MS4
CONDIZIONI	**Assistenza diretta** Come piano Base: franchigia 45,00 euro **Regime rimborsuale** Come piano Base: Rimborso massimo 50,00 euro per visita			**Diretta:** franchigia 40,00 euro **Indiretta** Come piano Base: Rimborso massimo 50,00 euro per visita
MASSIMALE	Come piano Base: massimo 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare			

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

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa i ticket sanitari per accertamenti diagnostici, alta specializzazione e visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.
Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).
In presenza di un documento di spesa contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- Se tutte le prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e risulta riportato il costo di ciascuna o comunque risulta chiaramente indicato che tutte quante sono state erogate in regime pubblico, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando sempre la garanzia "Ticket" avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo
- Se alcune prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e altre a pagamento e risulta riportato il costo di ciascuna prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando la garanzia cui le stesse si riferiscono (es. Ticket per quelle eseguite eseguite in regime pubblico, Alta Specializzazione o Visite specialistiche per quelle eseguite a pagamento)avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo
- Se nel documento di spesa non è riportato il costo di ciascuna prestazione e l'Assicurato avanza una domanda di rimborso, la Compagnia rimborserà una sola prestazione alle condizioni previste dalla garanzia valorizzata: nel caso in cui l'Assicurato abbia valorizzato la garanzia Ticket, riceverà un importo pari a quello previsto per il ticket dalla legge in vigore. Il documento di spesa non potrà essere più utilizzato per chiedere il rimborso delle altre prestazioni.

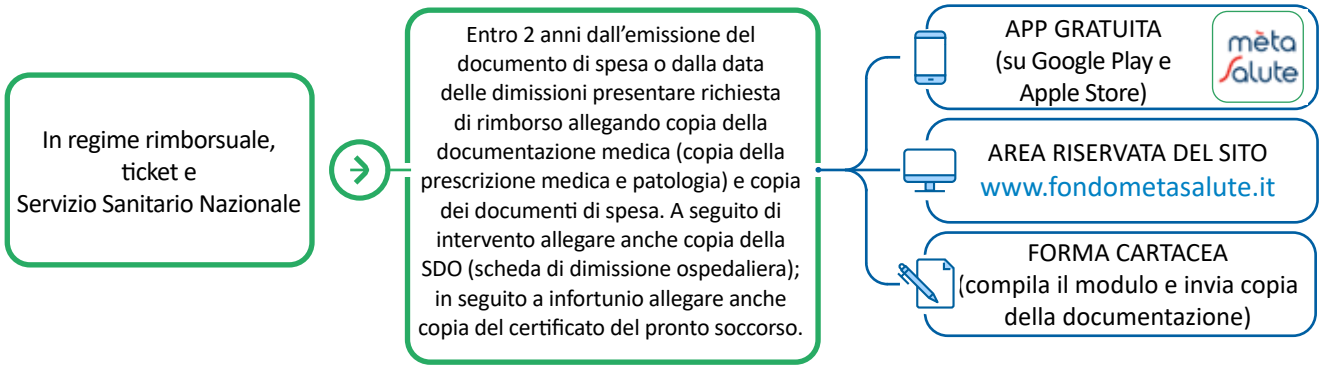
B.3 - Ticket	Condizioni
Massimale: 5.000,00 euro anno/nucleo	nessuno scoperto/franchigia

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



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

B.5 – Pacchetto Maternità

- QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO	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.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE	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 anestesiologica 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.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO	Massimo di 3 visite psicologiche entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura).

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

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

Condizioni (si veda elenco prestazioni)	
Assistenza diretta	100%
Regime rimborsuale	100%
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	100%

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

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

Condizioni (si veda elenco prestazioni)	
Assistenza diretta	100%
Regime rimborsuale	100%
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	100%

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Massimale: illimitato

Condizioni (si veda elenco prestazioni)	
Assistenza diretta	100%
Regime rimborsuale	Rimborso massimo di € 36 per visita
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	100%

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

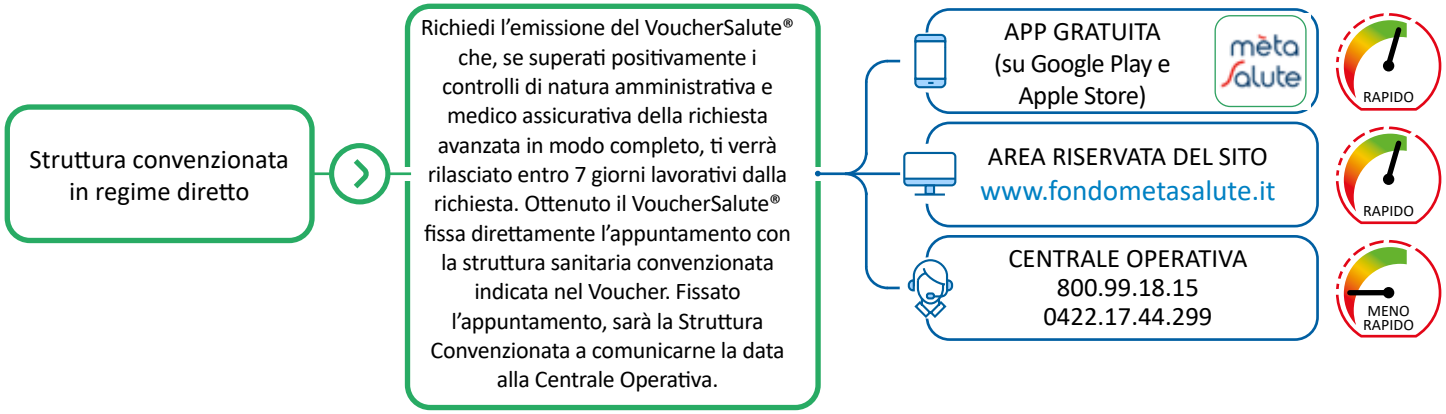
A. Certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto
B. Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte
C. Fissare direttamente l'appuntamento con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO[1]:

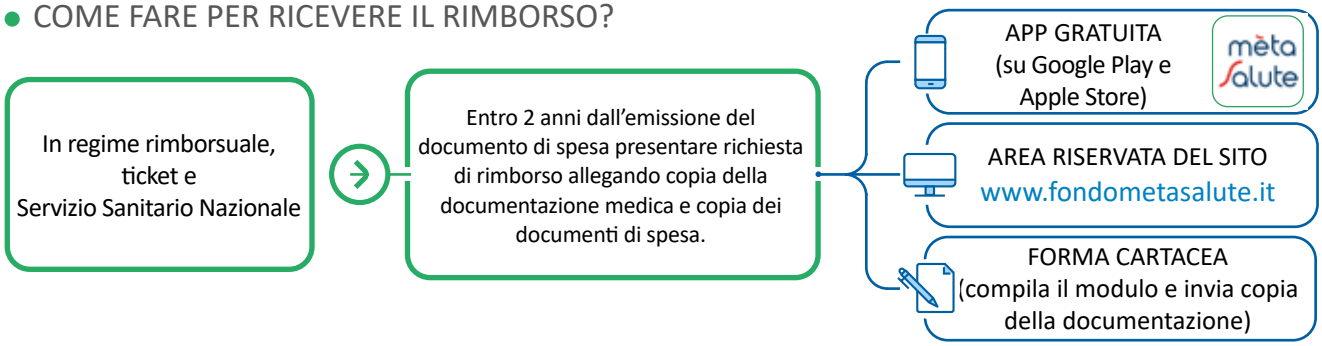
Forma indiretta

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
B. Certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



Per fare richiesta della garanzia "Supporto Psicologico post-parto" è necessaria la prescrizione medica con indicata la patologia e certificato attestante la data del parto.
Il massimale di euro 700 si intende per evento gravidanza. In caso la gravidanza si estenda su due annualità il massimale sarà unico.

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

mètaSalute

FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

FISIOTERAPIA

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

C.1 Fisioterapia a seguito di infortunio

● QUALI TERAPIE SONO PREVISTE:

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

C.1 - a seguito di infortunio	Condizioni	
Massimale: € 500 anno/nucleo	Assistenza diretta	Scoperto 30%
	Diretta/domiciliare	Scoperto 30% più franchigia € 20 ad accesso
Massimale: € 250 anno/nucleo	Regime rimborsuale	Scoperto 30% più massimale € 25 a prestazione
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	100%

● COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

A. **Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata**
B. **Certificato di Pronto Soccorso, indicante modalità di accadimento e data del trauma. In caso di infortunio sportivo autocertificazione che non si tratta di sport professionistico. In caso di trauma derivante da incidente stradale eventuale CID/Verbale delle forze dell'ordine.**
C. **Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte**
D. **Fissare direttamente l'appuntamento con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto**

● COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

Forma indiretta

A. **Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket**
B. **Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata**
C. **Copia del certificato di Pronto Soccorso, indicante modalità di accadimento e data del trauma. In caso di infortunio sportivo autocertificazione che non si tratta di sport professionistico. In caso di trauma derivante da incidente stradale eventuale CID/Verbale delle forze dell'ordine.**
D. **Indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio)**

C.2 Fisioterapia a seguito di intervento

● QUALI TERAPIE SONO PREVISTE

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

C.2 - a seguito di intervento	Condizioni	
Massimale: € 500 anno/nucleo	Assistenza diretta	Scoperto 30%
	Diretta/domiciliare	Scoperto 30% più franchigia € 20 ad accesso
Massimale: € 250 anno/nucleo	Regime rimborsuale	Scoperto 30%
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	100 %

● COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

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

● COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

Forma indiretta

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
B. Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
C. Copia della SDO (scheda dimissione ospedaliera)
D. Indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio)

C.3 Fisioterapia a seguito di malattia

● QUALI TERAPIE SONO PREVISTE:

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

C.3 - a seguito di malattia	Condizioni	
Massimale: € 500 anno/nucleo	Assistenza diretta	Scoperto 30%
	Diretta/domiciliare	Scoperto 30% più franchigia € 25 ad accesso
Massimale: € 250 anno/nucleo	Regime rimborsuale	Scoperto 30% più massimale € 25 a prestazione
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	100%

● COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

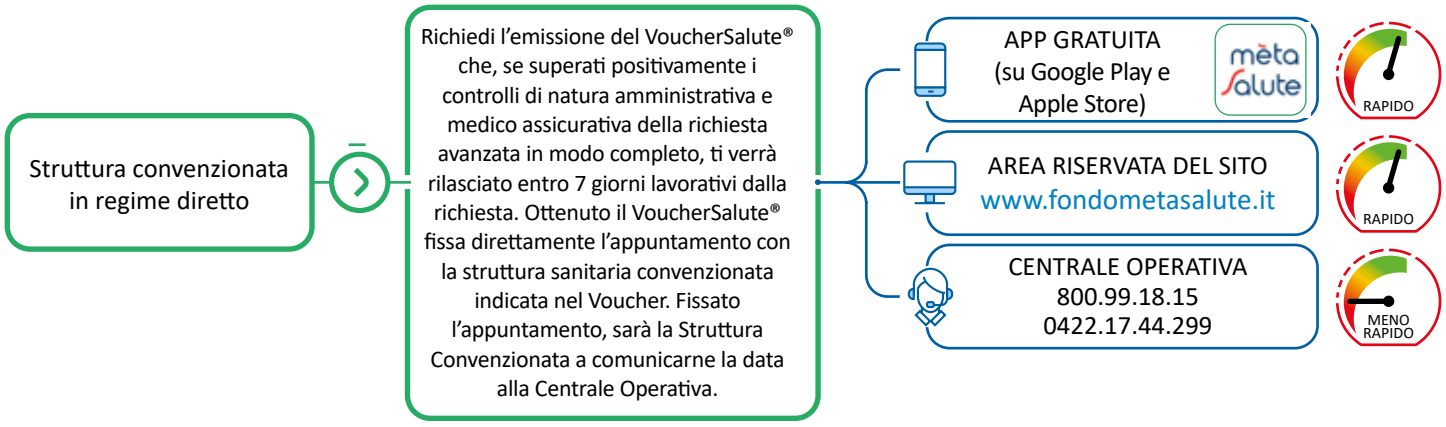
A. Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
B. Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte
C. Fissare direttamente l'appuntamento con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto

● COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

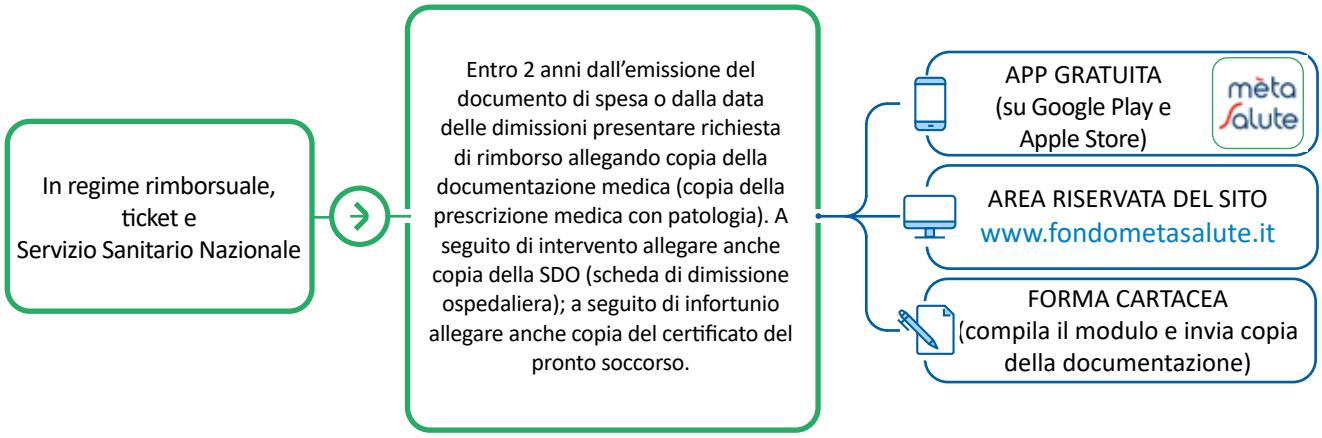
Forma indiretta

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
B. Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
C. Indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio)

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



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

mètaSalute

FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

ODONTOIATRIA

INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

D. Odontoiatria

- QUALI SONO LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PREVISTE:

Visite odontoiatriche e sedute di igiene orale (1 volta all'anno – unica soluzione), cure odontoiatriche (compresa paradontologia), terapie conservative, terapie canalari e protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.
Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.
È necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato in corso di validità della polizza, mentre l'Assicurato era in copertura e comunque non oltre il limite di 12 mesi. Sono inoltre incluse la visita pedodontica e/o ablazione del tartaro, sigillatura denti figli minorenni, interventi chirurgici odontoiatrici (in regime di ricovero e ambulatoriale).

Odontoiatriche		Condizioni	
D.1 CURE DENTARIE	In rete massimale: 2.000,00 euro anno/ nucleo familiare	Assistenza diretta	Scoperto: 35 %
D.2 VISITA ODONTOIATRICA E ABLAZIONE TARTARO	In rete massimale: illimitato	Assistenza diretta	Franchigie e scoperti: Non previsti
D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO	In rete massimale: illimitato	Assistenza diretta	Franchigie e scoperti: Non previsti
D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI	In rete massimale: illimitato	Assistenza diretta	Franchigie e scoperti: Non previsti
D.1 CURE DENTARIE	Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro"	Regime rimborsuale Ticket SSN	Scoperto: 25% Ticket: 100%
D.2 VISITA ODONTOIATRICA E ABLAZIONE TARTARO	Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"	Regime rimborsuale Ticket SSN	Scoperto: 25% e massimo 45 euro anno/persona Ticket: 100%
D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO	Massimale: illimitato	Regime rimborsuale Ticket SSN	Max € 45 anno/persona Ticket: 100%
D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI	Massimale: illimitato	Regime rimborsuale Ticket SSN	Max € 40 anno/persona per singolo dente, massimo 2 denti a persona Ticket: 100%

● COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

A. **Ad esclusione delle prime visite odontoiatriche e sedute di igiene orale tutte le rimanenti prestazioni necessitano di prescrizione medica riportante la patologia sospetta o accertata**

B. **Richiedere l'emissione del VoucherSalute® per prima visita e ablazione indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte**

C. **Fissare direttamente l'appuntamento per prima visita e ablazione con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto**

D. **D. Le cure successive alla prima visita saranno inserite direttamente dalla Struttura Convenzionata.**

● COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

Forma indiretta

A. **Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket**

B. **Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata**

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

Interventi chirurgici odontoiatrici	Condizioni (a seguito di patologie, si veda elenco) **Sia regime ospedaliero che ambulatoriale con allegate rx e referti rx e medici**	
D.5 Massimale: 2.000,00 euro per anno/nucleo familiare Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto, e Ticket) della presente garanzia	Assistenza diretta	Scoperto del 35%
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	100%

● ELENCO INTERVENTI:

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

NOTA: L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi o entro 18 mesi in caso di intervento di rigenerativa tardiva dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.
In caso di comprovata e oggettiva impossibilità di eseguire l'intervento entro i termini sopra indicati, Intesa Sanpaolo RBM Salute potrà ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico.
In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

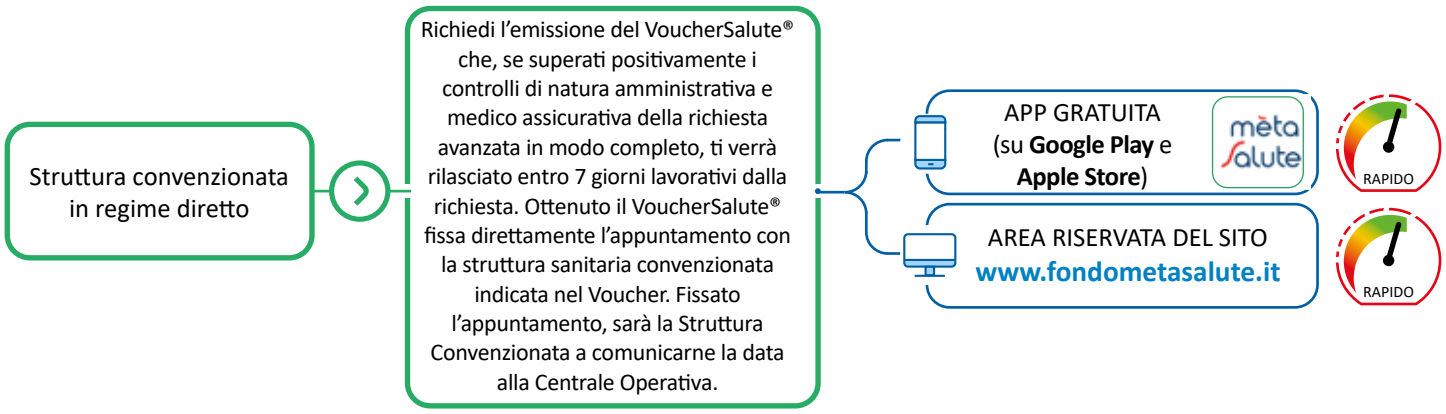
A. **Prescrizione medica, con indicato quesito il diagnostico o la patologia, radiografie, referti radiologici e per alcune prestazioni il referto istologico [vedasi elenco]**
B. **Richiedere l'emissione del VoucherSalute® per prima visita e ablazione indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte**
C. **Fissare direttamente l'appuntamento per prima visita e ablazione con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto**
D. **Le cure successive alla prima visita saranno inserite direttamente dalla Struttura Convenzionata.**

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

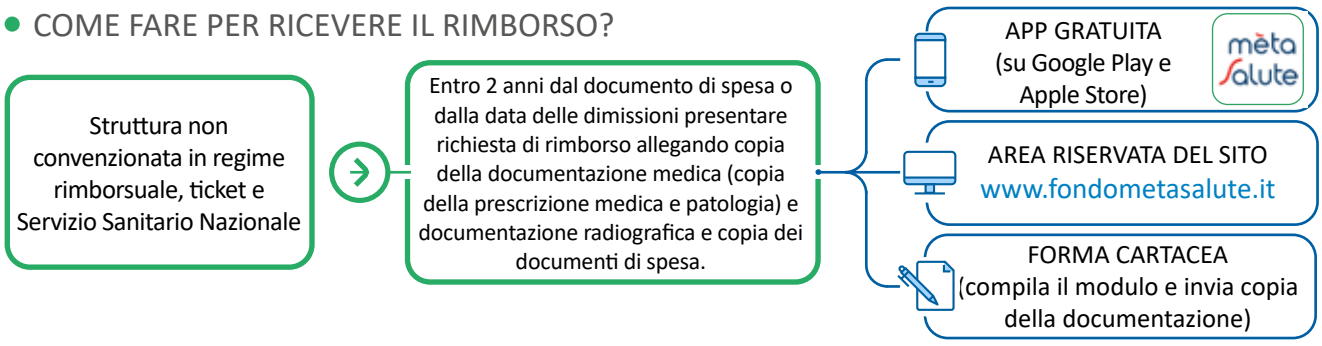
Forma indiretta

A. **Copia ricevuta di pagamento ticket**
B. **Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata**
C. **In caso di protesi è necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato.**

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?



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

Radiografie e referti radiologici per:

- Osteiti mascellari
- Iperostosi
- Osteomi
- Rizotomia e rizectomia
- Ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare
- Intervento per iperstosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento)apicectomia per radice
- Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- Estrazione dente deciduo in anchilosi
- Pedo estrazione dente deciduo
- Estrazione dente permanente
- Frenulectomia o frenulotomia
- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

Radiografie, referti radiologici e referti istologici per:

- Odontoma
- Cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- Asportazione di epulide con resezione del bordo
- Adamantinoma
- Neoplasie ossee
- Ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento
- Intervento per flemmone delle logge perimascellari
- Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

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

PIANI MS1-MS2-MS3-MS4

- **Principali differenze rispetto al piano BASE**:

Odontoiatriche	MS1	MS2	MS3	MS4
CONDIZIONI	**Assistenza diretta** (come piano Base) Scoperto: 35 % Sigillatura denti figli minorenni : Massimale illimitato copertura al 100% **Regime rimborsuale** (come piano Base) **Visita e igiene orale:** scoperto 25% e massimo 45 euro anno/persona **Visita pedodontica e/o igiene orale:** max € 45 anno/persona **Sigillatura denti figli minorenni:** max € 40 anno/persona per singolo dente, massimo 2 denti a persona **Cure dentarie:** scoperto 25% **Ticket/Servizio Sanitario Nazionale:** 100% fino al massimale di euro 400,00 anno/nucleo			
MASSIMALE	**Assistenza diretta** (come piano Base) massimale: 2.000,00 euro anno/ nucleo familiare **Regime rimborsuale** (come piano Base) massimale: € 400 anno/nucleo familiare	**Diretta**: massimale: 2.500,00 euro anno/ nucleo familiare **Indiretta** Come piano Base: massimale: € 400 anno/nucleo familiare	**Diretta**: massimale: 3.000,00 euro anno/ nucleo familiare **Indiretta** Come piano Base: massimale: € 400 anno/nucleo familiare	**Diretta**: massimale: 3.500,00 euro anno/ nucleo familiare **Indiretta** Come piano Base: massimale: € 400 anno/nucleo familiare

Interventi chirurgici odontoiatrici	MS1	MS2	MS3	MS4
CONDIZIONI	**Assistenza diretta** (come piano Base) Scoperto: 35 % **Ticket/Servizio Sanitario Nazionale:** 100%			
MASSIMALE	Come piano Base: **2.000,00 euro per anno/nucleo familiare** Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto e Ticket) della presente garanzia	**2.500,00 euro per anno/nucleo familiare** Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto e Ticket) della presente garanzia	**3.000,00 euro per anno/nucleo familiare** Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto e Ticket) della presente garanzia	**3.500,00 euro per anno/nucleo familiare** Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto e Ticket) della presente garanzia

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

mètaSalute

FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

PREVENZIONE

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

E. Prevenzione

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione una volta ogni due anni per nucleo familiare.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 ESAMI IN PREVENZIONE - Esami del sangue: alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea. - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES. - Urine: esame chimico, fisico e microscopico. - Feci: ricerca del sangue occulto solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti. - Elettrocardiogramma di base.	Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione una volta ogni due anni per nucleo familiare **Assistenza diretta – Illimitato - scoperto 20%** **Regime rimborsuale – € 80 a pacchetto - scoperto 20%**
E.1.2 MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE TIROIDEE Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga una volta ogni due anni per nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate: • TSH • FT3 • FT4 • visita endocrinologica	Le prestazioni possono essere effettuate in due tempi (es. prima gli esami e poi la visita endocrinologica) purchè: • entro il limite temporale di validità voucher se utilizzato il regime di assistenza diretta • senza limite temporale ma entro l'annualità assicurativa se utilizzato il regime rimborsuale. Trascorsi due anni l'Assicurato potrà effettuare nuovamente le prestazioni tenendo presente che i due anni saranno così calcolati: • per le prestazioni effettuate in forma diretta a decorrere dalla data di rilascio del voucher • per le prestazioni effettuate in regime rimborsuale dalla data della fattura relativa della prima prestazione **Assistenza diretta – Illimitato - scoperto 20%** **Regime rimborsuale – € 50 a pacchetto - scoperto 20%**
E.1.3 PREVENZIONE SOVRACCARICO FUNZIONALE Intesa Sanpaolo RBM Salute prevede la possibilità di effettuare una visita fisiatrica o ortopedica una volta ogni due anni per nucleo familiare	**Assistenza diretta – Illimitato - scoperto 20%** **Regime rimborsuale – € 50 a pacchetto - scoperto 20%**
E.1.4 SINDROME METABOLICA Prestazioni previste: Previa esecuzione questionario in Area Riservata Assicurativa A) Non Conclamata: colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi; B) Conclamata: Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo), Doppler carotideo, Curva glicemica, Ecocardiogramma	Una volta l'anno/ogni 6 mesi: **Assistenza diretta – Illimitato - scoperto 20%** **Regime rimborsuale – € 25 a pacchetto** **(€ 50,00 in caso di sindrome conclamata) - scoperto 20%**

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA **Pacchetto A** (*in alternativa a pacchetto B*) **Donne – over 24 anni** (Visita ginecologica + PAP TEST – una volta ogni due anni) **Pacchetto B** (*in alternativa a pacchetto A*) **Donne – tra 21 e 24 anni** (Visita ginecologica + PAP TEST – una volta ogni due anni) **Donne – over 30 anni** (Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) – una volta ogni tre anni) **Pacchetto C** (*in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B*) **Donne – tra 40 e 49 anni** (Visita senologica – una volta ogni due anni; Mammografia – una volta ogni due anni) **Donne – over 50 anni** (Mammografia – una volta ogni due anni) **Donne – senza limiti di età** (Ecografia transvaginale – una volta ogni due anni)	Il Pacchetto Donna può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della "Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)", prevista per Donne oltre i 30 anni, che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026. **Assistenza diretta – Illimitato - scoperto 20%** **Regime rimborsuale – € 80 a pacchetto - scoperto 20%**
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra (30-39 anni) **Prestazioni previste:** Ecografia Mammaria Bilaterale	**1 volta ogni 2 anni, in Assistenza diretta – Illimitato** **Regime rimborsuale – € 36,00 a pacchetto da addizionarsi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Donna**

E.3 PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO **Prestazioni previste:** **Uomo – over 21 anni** visita cardiologica (una volta ogni 2 anni); ecografia testicolare (una volta ogni 2 anni) eseguibile sino al compimento dei 40 anni **Uomo – over 50 anni** PSA (una volta ogni 2 anni); retto sigmoidoscopia (una volta ogni 2 anni - può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo) **Uomo – senza limite di età** visita urologica (una volta ogni 2 anni); ecografia prostatrica-ecografia transrettale (una volta ogni 2 anni)	Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025). **Assistenza diretta – Illimitato - scoperto 20%** **Regime rimborsuale – € 80 a pacchetto - scoperto 20%**
E.4.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto Uomini - over 50) **Prestazioni previste:** PSA FREE, 2 PRO PSA.	**1 volta ogni 2 anni, in Assistenza diretta – Illimitato- scoperto 20%** **Regime rimborsuale – € 50,00 a pacchetto da addizionarsi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo - scoperto 20%**

CONDIZIONI:

I massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare ad eccezione degli assicurati iscritti con massimale autonomo.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

A. Ogni pacchetto prevenzione del protocollo adulti è usufruibile da un solo componente del nucleo familiare
B. Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte
C. Fissare direttamente l'appuntamento con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

Forma indiretta in struttura non convenzionata

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

Struttura convenzionata in regime diretto

Richiedi l'emissione del VoucherSalute® che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, **ti verrà rilasciato entro 7 giorni lavorativi** dalla richiesta. **Ottenuto il VoucherSalute® fissa** direttamente **l'appuntamento** con la struttura sanitaria convenzionata indicata nel Voucher. Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.

- APP GRATUITA (su **Google Play** e **Apple Store**) — RAPIDO
- AREA RISERVATA DEL SITO **www.fondometasalute.it** — RAPIDO

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

In regime rimborsuale

Entro 2 anni dall'emissione del documento di spesa presentare richiesta di rimborso allegando copia dei documenti di spesa dettagliati delle prestazioni eseguite.

- APP GRATUITA (su **Google Play** e **Apple Store**)
- AREA RISERVATA DEL SITO **www.fondometasalute.it**
- FORMA CARTACEA (compila il modulo e invia copia della documentazione)

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

mètaSalute

FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

INVALIDITÀ PERMANENTE

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

F. Invalidità permanente

(PER PATOLOGIE O INFORTUNI INSORTI ANCHE PRIMA DELLA DECORRENZA DELLA COPERTURA SANITARIA)

F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.
Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.
La garanzia opera esclusivamente per il lavoratore caponucleo iscritto a Metasalute.
Non opera né per i familiari a carico né per quelli non a carico.

A) INVALIDITÀ DA INFORTUNIO SUL LAVORO O DA MALATTIE PROFESSIONALI CERTIFICATA DALL'INAIL:

A. Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
B. Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
C. Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.
In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, *una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026)*, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

A. INVALIDITÀ PERMANENTE INAIL COMPRESA TRA I GRADI 24%-33%, 33%-66% E 66%-100%

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

F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE 24% - 33% (DA MALATTIA O INFORTUNIO)	CONDIZIONI / MASSIMALE
Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) ed è utilizzabile esclusivamente per ottenere il rimborso delle spese sostenute: l'Assicurato potrà presentare una sola richiesta di rimborso nel corso del triennio, cumulativa di tutte le spese sostenute per le prestazioni eseguite, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero. **La domanda di rimborso può pertanto contenere più fatture purchè relative a prestazioni eseguite e fatturate nel corso della vigenza contrattuale e inviate in un'unica soluzione.** **Nel caso in cui la domanda di rimborso abbia ad oggetto spese riferibili a più prestazioni, la data del sinistro sarà quella di esecuzione dell'ultima prestazione.**	Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia **Massimale – 7.000,00 euro**

F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE > 33% - 66% (DA MALATTIA O INFORTUNIO)	CONDIZIONI / MASSIMALE
Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) ed è utilizzabile esclusivamente per ottenere il rimborso delle spese sostenute: l'Assicurato potrà presentare una sola richiesta di rimborso nel corso del triennio, cumulativa di tutte le spese sostenute per le prestazioni eseguite, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero. **La domanda di rimborso può pertanto contenere più fatture purchè relative a prestazioni eseguite e fatturate nel corso della vigenza contrattuale e inviate in un'unica soluzione.** **Nel caso in cui la domanda di rimborso abbia ad oggetto spese riferibili a più prestazioni, la data del sinistro sarà quella di esecuzione dell'ultima prestazione.**	Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia **Massimale – 10.000,00 euro**

F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE > 66% - 100% (DA MALATTIA O INFORTUNIO)	CONDIZIONI / MASSIMALE
Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) ed è utilizzabile esclusivamente per ottenere il rimborso delle spese sostenute: l'Assicurato potrà presentare una sola richiesta di rimborso nel corso del triennio, cumulativa di tutte le spese sostenute per le prestazioni eseguite, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero. **La domanda di rimborso può pertanto contenere più fatture purchè relative a prestazioni eseguite e fatturate nel corso della vigenza contrattuale e inviate in un'unica soluzione.** **Nel caso in cui la domanda di rimborso abbia ad oggetto spese riferibili a più prestazioni, la data del sinistro sarà quella di esecuzione dell'ultima prestazione.**	Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia **Massimale – 15.000,00 euro**

B) INVALIDITÀ PER PATOLOGIA CERTIFICATA DALL'INPS, DI GRADO UGUALE O SUPERIORE ALL'80%:

A. di grado compreso tra l'80% e il 90%
B. di grado compreso tra il 91% e il 100%.

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, *una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023)*, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

A. INVALIDITÀ PERMANENTE INPS CON GRADO COMPRESO TRA 80% E 90%

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

F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE 80% - 90% (PER PATOLOGIA CERTIFICATA DALL'INPS)	CONDIZIONI / MASSIMALE
Il plafond di spesa viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026).	Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia **Massimale – 8.000,00 euro**

B. INVALIDITÀ PERMANENTE INPS CON GRADO COMPRESO TRA 91% E 100%

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

F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE 91% - 100% (PER PATOLOGIA CERTIFICATA DALL'INPS)	CONDIZIONI / MASSIMALE
Il plafond di spesa viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026).	Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia **Massimale – 10.000,00 euro**

• COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

Forma indiretta in struttura non convenzionata

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali.
B. Copia prescrizione medica con indicata la patologia.
C. Per le prestazioni di fisioterapia: indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio).
D. • in caso di invalidità non più rivedibile, l'ultimo verbale rilasciato dall'INPS o dall'INAIL
   • in caso di invalidità rivedibile, l'ultimo verbale disponibile rilasciato dall'INPS o dall'INAIL unitamente a un'autocertificazione dell'Assicurato che attesti di non essere ancora stato sottoposto a nuova revisione.

mètaSalute

FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

ALTRE PRESTAZIONI

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

G. Altre prestazioni

G.1. INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra:
- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

DURANTE IL RICOVERO/L'INTERVENTO
- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, *con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente*
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

Si precisa che per gli interventi di cataratta per gli Assicurati under 60 la Compagnia richiede l'esito dell'esame fatto con la lampada a fessura. Indipendentemente dall'età dell'Assicurato, la Compagnia indennizza il costo della sola lente neutra; la differenza di costo con eventuale lente graduata resta a carico dell'Assicurato.

G.1.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	scoperto 35%	limite di spesa annuo 1.500,00 euro per evento
Regime rimborsuale		
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	nessuno scoperto/franchigia	

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

• COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

Forma diretta in struttura convenzionata

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

• COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

Forma indiretta in struttura non convenzionata

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali.
B. Copia cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.
C. Dettagliata relazione medica che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale.

N.B. L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

G.2. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - TUTTE LE TECNICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza franchigie o scoperti** per:
- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute;
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

Sono esclusi gli esami propedeutici e successivi al trattamento di Procreazione medicalmente assisitita.
Le prestazioni saranno liquidate sempreché la fattura sia intestata al soggetto beneficiario della prestazione, che dovrà essere necessariamente assicurato ai sensi del presente contratto. Pertanto, qualora sia assicurato o solo l'uomo o solo la donna, le prestazioni indicate in fattura dovranno riferirsi al soggetto beneficiario della prestazione e non saranno indennizzabili prestazioni riferite a soggetti non assicurati o di sesso diverso rispetto a quello del soggetto destinatario della prestazione eseguita.

G.2.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	700,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale		500,00 euro anno/nucleo familiare

• COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

Forma diretta in struttura convenzionata
A. Prescrizione medica con indicazione della patologia.
B. Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
C. Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

• COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

Forma indiretta in struttura non convenzionata
A. Copia fatture e/o ricevute fiscali.
B. Copia cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.

N.B. L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

G.3. TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DEL TITOLARE CAPONUCLEO)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato in copertura, la garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

• COSA SERVE PER RICHIEDERE L'INDENNITÀ

Certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21.

G.4. VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:
- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti);
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

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

G.4.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	350,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale	rimborso senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita	250,00 euro anno/nucleo familiare
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

• COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

Forma diretta in struttura convenzionata

A. Prescrizione medica con indicazione della patologia.
B. Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
C. Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

• COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

Forma indiretta in struttura non convenzionata

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
B. Copia prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.

N.B. L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

G.5. LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.5.	CONDIZIONI	MASSIMALE
Assistenza Diretta	franchigie/scoperti non previsti	100,00 euro anno/nucleo familiare
Regime rimborsuale	rimborso senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta	
Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti	

• COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE

Forma diretta in struttura convenzionata

A. Prescrizione medica con indicazione della patologia.
B. Richiedere l'emissione del VoucherSalute® indicando la Struttura Convenzionata prescelta tra quelle proposte.
C. Ottenuto il voucher, fissare l'appuntamento direttamente con la Struttura Convenzionata indicata nel VoucherSalute® ricevuto.

• COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO

Forma indiretta in struttura non convenzionata

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket.
B. Copia prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata e indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione.

N.B. L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

Struttura convenzionata in regime diretto

Richiedi l'emissione del VoucherSalute® che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata in modo completo, ti verrà rilasciato entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta. Ottenuto il VoucherSalute® fissa direttamente l'appuntamento con l'ottico indicato nel Voucher. Fissato l'appuntamento, sarà la Struttura Convenzionata a comunicarne la data alla Centrale Operativa.

- APP GRATUITA — RAPIDO
- AREA RISERVATA DEL SITO www.fondometasalute.it — RAPIDO
- CENTRALE OPERATIVA 800.99.18.15 0422.17.44.299 — MENO RAPIDO

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

In regime rimborsuale

Entro 2 anni dall'emissione del documento di spesa presentare richiesta di rimborso allegando copia della documentazione medica (copia della prescrizione medica e patologia).

- APP GRATUITA
- AREA RISERVATA DEL SITO www.fondometasalute.it
- FORMA CARTACEA (compila il modulo e invia copia della documentazione)

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

PIANI MS1-MS2-MS3-MS4

- **Principali differenze rispetto al piano BASE**:

G. Altre prestazioni (prestazioni ulteriori rispetto al Piano Base)	
MS2 - MS3 - MS4	**MS3 - MS4**
Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)	**Lenti correttive di occhiali** (comprese le montature) **o a contatto**
Protesi/ausili medici ortopedici e acustici	
Cure termali	

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

mètaSalute

FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

PRESTAZIONI SOCIALI

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

H. Prestazioni Sociali

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

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE E QUANTO VIENE RICONOSCIUTO

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI	indennizzo annuo pari ad **€ 750,00** per Nucleo Familiare innalzato **da € 1.000,00** in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%

COSA SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO:

Per tutte le garanzie dove previsto

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

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

C. **Copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%, per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva**

D. **Dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa dell'Iscritto, attestante il legame parentale tra il titolare ed il figlio disabile per il quale si chiede l'indennizzo forfettario**

E. **L'apposito modulo reperibile in Area riservata, con cui si prende atto che la richiesta dell'indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo (sia in forma diretta che a rimborso) per prestazioni sanitarie del Nucleo familiare. Si ricorda che la richiesta deve essere presentata a fine anno**

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

In regime rimborsuale → la richiesta di indennità deve essere riferita all'anno precedente rispetto a quello di presentazione della domanda (es.nel 2024 è possibile richiedere esclusivamente l'indennità per il 2023)

- APP GRATUITA (su Google Play e Apple Store)
- AREA RISERVATA DEL SITO www.fondometasalute.it
- FORMA CARTACEA (compila il modulo e invia copia della documentazione)

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