mètaSalute

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE

RBM AssicurazioneSalute

INDICE

PREMESSA Pag. 3

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA Pag. 4
A. AREA OSPEDALIERA Pag. 4
A.1.1 Prenotazione ed Autorizzazione Pag. 4
A.1.2 Prenotazione Online (Tramite Area Riservata o App Mobile) Pag. 5
A.1.3 Eccezione: Casi di Urgenza Medico-Sanitaria Pag. 6
A.1.4 Mancata Attivazione della Centrale Operativa Pag. 6
B. AREA EXTRAOSPEDALIERA Pag. 7
B.1.1 L'Autorizzazione Pag. 7
B.1.2 La Preattivazione (Tramite Area Riservata o App Mobile) Pag. 8
B.1.3 Eccezione: Casi Di Urgenza Medico-Sanitaria Pag. 9
B.1.4 Mancata Attivazione della Centrale Operativa Pag. 9
B.2 La Prenotazione Pag. 9
C. CURE ODONTOIATRICHE Pag. 10
C.1 Modalità di Richiesta delle Prestazioni Odontoiatriche In Network Pag. 10
C.1.2 La Preattivazione (Tramite Area Riservata o App Mobile) Pag. 11
C.1.3 Esempi di Autorizzazioni Odontoiatriche in Network Pag. 11

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE Pag. 14
D. DOMANDA DI RIMBORSO Pag. 14
D.1 Come Chiedere il Rimborso Pag. 14
D.2 La Richiesta di Rimborso Cartacea Pag. 17
D.3 La Richiesta di Rimborso On-Line Pag. 17

III. SERVIZI ACCESSORI Pag. 18
E. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA Pag. 18
F. SERVIZIO "VEDI LA TUA PRATICA" Pag. 18
G. SERVIZIO "DOCTOR ON LINE" Pag. 18
H. ACCESSO A "GATE 179" Pag. 18
I. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE mètaSalute Pag. 19
L. GARANZIE ACCESSORIE Pag. 19

APPENDICI
Guida Breve Garanzia Ricovero
Guida Breve Garanzia Visite Specialistiche
Guida Breve Garanzia Alta Specializzazione e Accertamenti Diagnostici
Guida Breve Pacchetto Maternità
Guida Breve Garanzia Fisioterapia
Guida Breve Garanzia Cure Odontoiatriche
Guida Breve Garanzia Prevenzione
Guida Breve Garanzia Lenti Correttive
Guida Breve Garanzia Farmaci
Guida Breve Prestazioni Sociali e Conto Salute

PREMESSA

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

Le prestazioni sono garantite attraverso **i seguenti regimi di erogazione**:

a. **Assistenza Sanitaria Diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile al Fondo 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 e marca da bollo (quest'ultima non dovuta se il documento contabile ha un importo totale inferiore a € 77,47) che rimangono a suo carico;

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.

Tale obbligo è operativo anche nel caso in cui la struttura convenzionata appartenga al SSN, nell'ipotesi di richiesta di accesso a prestazioni erogate in regime di intramoenia.

Tale obbligo non è operativo nel caso in cui, pur accedendo ad una struttura appartenente al Network Sanitario reso disponibile al Fondo mètaSalute da Previmedical S.p.A., la sola prestazione sanitaria eseguita o il medico non siano convenzionati.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnicosportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Assistito decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N. e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento (si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso), nei termini e per i casi previsti dal Piano Sanitario.

Nel caso in cui venissero effettuate prestazioni sanitarie a fronte della sola indicazione di un generico dolore, ovvero algia, quale, ad esempio: cervicalgia, dorsalgia, lombalgia, rachialgia, gonalgia, coxalgia, epigastralgia, addominalgia, non sarà possibile procedere all'autorizzazione alla prestazione diretta o rimborsuale in quanto il termine medico "algia" indica una dolore localizzato o sintomo e non identifica una condizione patologica.

Tutti i sintomi dolorosi localizzati (algia) garantiranno l'operatività della copertura solo se accompagnati da opportuno sospetto diagnostico. Fanno eccezione alcune specifiche condizioni che indicano specificatamente una condizione di franca patologia, come ad es.: Precordialgia, Pubalgia, Fibromialgia, Toracoalgia, Nevralgia del Trigemino, poliamialgia."

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario siano eseguiti da medico o da – fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

NOTA BENE: DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE TRA DUE ANNUALITÀ

Tutte le prestazioni sanitarie o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione dal momento che la patologia oggetto di copertura ed

il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assicurato. Le prestazioni saranno liquidate secondo i massimali e le procedure previste dalla polizza in essere nell'anno di attivazione della garanzia o della prima erogazione di un ciclo di terapia.

Esempio: Qualora l'assicurato abbia effettuato la prima visita odontoiatrica nel corso del 2017 ed il dentista abbia riscontrato in questa occasione una patologia che richiede l'esecuzione di un piano di cura che prevede cinque sedute da effettuarsi, in base alle disponibilità dell'agenda del dentista, tre prima della fine del 2017 e due agli inizi del 2018 tutte le prestazioni riconducibili alla patologia assicurata saranno indennizzate a valere su massimale cure dentarie previsto per l'esercizio 2017.

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. D).

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

Segnaliamo altresì che attraverso il pulsante "assicurazione" è possibile accedere all'Area Riservata di RBM Assicurazione Salute e usufruire anche del servizio "Vedi la tua pratica".

Tale servizio, attraverso un sistema di messaggistica telefonica (SMS) consente di essere costantemente aggiornati sulle seguenti attività:

a. avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
b. avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
c. eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § III, lett. F., "VEDI LA TUA PRATICA®".

Infine, è data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per un medico e/o una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale nominativo/ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura (eventualmente anche a cura della struttura sanitaria medesima) a RBM Assicurazione Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@rbmsalute.it

1. 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.

Si forniscono di seguito i dettagli dei passaggi procedurali da effettuare per l'accesso al regime diretto differenziati in ragione della tipologia di prestazione.

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

A. AREA OSPEDALIERA

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 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:

800.99.18.15 da telefono fisso e cellulare (numero verde);

+39 0422.17.44.299 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.

Al fine di permettere la verifica e l'analisi della documentazione medica, l'Assistito dovrà chiamare con adeguato anticipo (almeno 7 giorni) la Centrale Operativa che dopo la dovuta verifica potrebbe chiedere integrazione della stessa.

La Centrale Operativa garantirà comunque risposta alla richiesta purché questa arrivi entro e non oltre le 24 ore prima dell'evento. In caso di mancato rispetto delle tempistiche, la risposta non potrà essere garantita.

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/certificato medico (compresa la prescrizione medica elettronica) attestante la prestazione ospedaliera da effettuare/diagnosi;
- 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 resesi 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 RISERVATA 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/medici appartenenti alla tipologia richiesta, facenti parte del Network, con possibilità di selezione quelli di loro interesse.

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'urgenza, 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'urgenza, 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'urgenza.

La procedura d'urgenza 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 con il Network Sanitario, reso disponibile al Fondo mètaSalute da Previmedical S.p.A., 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. AREA EXTRAOSPEDALIERA

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare 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:

800.99.18.15 da telefono fisso e cellulare (numero verde);

+39 0422.17.44.299 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.

Al fine di permettere la verifica e l'analisi della documentazione medica, l'Assistito dovrà chiamare con adeguato anticipo (almeno 3 giorni prima) la Centrale Operativa che dopo la dovuta verifica potrebbe chiedere integrazione della stessa.

La Centrale Operativa garantirà comunque risposta alla richiesta purché questa arrivi entro e non oltre le 24 ore prima dell'evento. In caso di mancato rispetto delle tempistiche, la risposta non potrà essere garantita.

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;
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione;
- medico convenzionato che effettuerà la prestazione;
- data e ora dell'appuntamento;
- 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 resesi 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 sms o e-mail, che dovrà essere portata con sé il giorno dell'appuntamento. 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 (TRAMITE AREA RISERVATA O APP MOBILE)

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, oppure attraverso la App Mobile dedicata a mètaSalute**, 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 (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/medico 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/medici appartenenti alla tipologia richiesta, facenti parte del Network, con possibilità di selezione quelli di loro interesse.

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'urgenza, 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'urgenza, 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'urgenza.

La procedura d'urgenza 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 rimanendo 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.**

C. CURE ODONTOIATRICHE

C.1 MODALITA' DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE IN NETWORK

1 - Autorizzazione della prima visita ed ablazione tartaro

L'assistito che vuole accedere alle cure dentarie deve preventivamente (almeno 24 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata / Web (Area Riservata) o Numero verde 800.99.18.15 per richiedere l'autorizzazione a procedere con la prima visita con ablazione del tartaro, comunicando le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- nome del dentista convenzionato presso il quale verrà effettuata la prestazione;
- data della prestazione.

Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.

La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico, autorizzando la prima visita ed ablazione tartaro.

L'Assistito riceverà l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, da portare con sé il giorno dell'appuntamento.

Per l'effettuazione della prima visita non è necessario disporre della prescrizione.

2 - Autorizzazione di eventuali ulteriori prestazioni (solo dopo la prima visita)

In seguito alla prima visita, qualora si rendessero necessarie eventuali ulteriori prestazioni, l'Assistito dovrà preventivamente (almeno 24 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata / Web (Area Riservata) o Numero verde 800.99.18.15 per richiedere l'autorizzazione a procedere alle ulteriori cure, comunicando:

- la prestazione da eseguire nel prossimo appuntamento;
- il quesito diagnostico o la patologia;
- il nome del dentista convenzionato;
- data e orario dell'appuntamento. Qualsiasi modifica relativa alla data dell'appuntamento dovrà essere comunicata preventivamente dall'Assistito (almeno 24 ore prima dell'appuntamento) alla Centrale Operativa.

Inoltre dovrà essere trasmessa la copia della prescrizione medica.

Nel caso fossero necessari ulteriori trattamenti, l'assistito dovrà di volta in volta richiederne l'autorizzazione alla Centrale Operativa singolarmente, con le predette modalità.

Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.

La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico per le prestazioni autorizzate.

L'Assistito riceverà l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, che dovrà portare con sé il giorno dell'appuntamento.

N.B. Se si è già stati autorizzati per un piano di cura dal 01/01/2018 al 14/03/2018, chiederemo, direttamente al dentista, l'indicazione di tutte le prestazioni effettuate fino al 14/03/2018. Per le eventuali prestazioni successive dovrà l'assistito provvedere a contattare direttamente la Centrale Operativa sulla base della procedura sopra descritta.

C.1.2 LA PREATTIVAZIONE (TRAMITE AREA RISERVATA O APP MOBILE)

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, oppure attraverso la App Mobile dedicata a mètaSalute, 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 (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/medici appartenenti alla tipologia richiesta, facenti parte del Network, con possibilità di selezione quelli di loro interesse.

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.

C.1.3 ESEMPI DI AUTORIZZAZIONI ODONTOIATRICHE IN NETWORK

Esempio 1: Carie non penetrante (cavità di Black Classe II o V) su elemento 25

Nel caso in cui l'Assistito sia affetto da una carie non penetrante di un dente, il trattamento cui verrà sottoposto è l'otturazione o l'intarsio.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è Carie non penetrante**);
2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito di mètaSalute, alla App di mètaSalute o chiamare il numero verde 800.99.18.15 (Opzione 1), con un preavviso di almeno 24 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
   a. la prestazione da eseguire "**otturazione o intarsio sul dente 25**";
   b. il quesito diagnostico o la patologia "**Carie non penetrante**";
   c. il nome della struttura convenzionata "**Studio Odontoiatrico ROSSI**";
   d. data ed ora dell'appuntamento "**15 maggio 2018 ore 16.00**";
4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato "**otturazione o intarsio sul dente 25 per Carie non penetrante**";
5. ricevere a mezzo sms/e-mail l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con sé il giorno dell'appuntamento.

Esempio 2: Carie Penetrante di elemento 36

Nel caso in cui l'Assistito sia affetto da una carie penetrante di un dente sarà necessario sottoporsi ad un trattamento detto "cura canalare o devitalizzazione" oppure ad una estrazione, a giudizio dell'odontoiatra.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è Carie Penetrante di dente**);
2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito di mètaSalute, alla App di mètaSalute o chiamare il numero verde 800.99.18.15 (Opzione 1), con un preavviso di almeno 24 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
   a. la prestazione da eseguire "**Cura Canalare o estrazione di elemento 36**";
   b. il quesito diagnostico o la patologia "**Carie Penetrante**";
   c. il nome della struttura convenzionata "**Studio Odontoiatrico ROSSI**";
   d. data ed ora dell'appuntamento "**15 maggio 2018 ore 16.00**";
4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato "**Cura Canalare/estrazione per Carie Penetrante di elemento 36**";
5. ricevere a mezzo sms/e-mail l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con sé il giorno dell'appuntamento.

Esempio 3: Estrazione elemento 42 per Frattura di Corona/Radice

Nel caso in cui l'Assistito sia affetto da una Frattura di Corona o Radice di un dente sarà necessario sottoporsi ad una estrazione.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è estrazione elemento 42 a seguito di Frattura di Corona/Radice**);
2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito di mètaSalute, alla App di mètaSalute o chiamare il numero verde 800.99.18.15 (Opzione 1), con un preavviso di almeno 24 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
   a. la prestazione da eseguire "**estrazione elemento 42**";
   b. il quesito diagnostico o la patologia "**Frattura di Corona/Radice**";
   c. il nome della struttura convenzionata "**Studio Odontoiatrico ROSSI**";
   d. data ed ora dell'appuntamento "**15 maggio 2018 ore 16.00**";
4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato "**estrazione elemento 42 a seguito di Frattura di Corona/Radice**";
5. ricevere a mezzo sms/e-mail l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con sé il giorno dell'appuntamento.

Esempio 4: Inserimento di un impianto per Edentulia (mancanza di un dente) su elemento 32

Nel caso in cui all'Assistito manchi un elemento dentario, l'odontoiatra può procedere all'inserimento di un impianto osteointegrato oppure esecuzione di un ponte di tre elementi in funzione delle condizioni del paziente che verranno valutate di volta in volta dall'odontoiatra.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è Inserimento di un impianto per Edentulia su elemento 32**);

2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito di mètaSalute, alla App di mètaSalute o chiamare il numero verde 800.99.18.15 (Opzione 1), con un preavviso di almeno 24 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
   a. la prestazione da eseguire "**Inserimento di un impianto su elemento 32**";
   b. il quesito diagnostico o la patologia "**Edentulia**";
   c. il nome della struttura convenzionata "**Studio Odontoiatrico ROSSI**";
   d. data ed ora dell'appuntamento "**15 maggio 2018 ore 16.00**";
4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato "**Inserimento di un impianto per Edentulia su elemento 32**";
5. ricevere a mezzo sms/e-mail l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con sé il giorno dell'appuntamento.

Esempio 5: Asportazione Cisti Radicolare su elemento 47

Nel caso in cui all'Assistito sia affetto da Cisti Radicolare, opportunamente documentata dopo l'asportazione anche da esame istologico, l'Assistito sarà sottoposto ad eventuale devitalizzazione o estrazione di uno o più elementi dentari e all'asportazione della cisti.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è Asportazione Cisti Radicolare in elemento 47**);
2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito di mètaSalute, alla App di mètaSalute o chiamare il numero verde 800.99.18.15 (Opzione 1), con un preavviso di almeno 24 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
   a. la prestazione da eseguire "**Asportazione Cisti Radicolare in elemento 47**" ed eventuale devitalizzazione o estrazione di uno o più elementi dentari
   b. il quesito diagnostico o la patologia "**Cisti Radicolare**";
   c. il nome della struttura convenzionata "**Studio Odontoiatrico ROSSI**";
   d. data ed ora dell'appuntamento "**15 maggio 2018 ore 16.00**";
4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato "**Asportazione Cisti Radicolare in elemento 47**";
5. ricevere a mezzo sms/e-mail l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con sé il giorno dell'appuntamento.

2. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

D. DOMANDA DI RIMBORSO

D.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, con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista (non deve necessariamente esserci la variazione del visus). Si precisa che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in una unica soluzione entro la fine dell'anno.

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

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

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

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

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

f. Qualora il centro convenzionato utile all'esecuzione dei pacchetti prevenzione risulti essere ad una distanza superiore a 30 km rispetto al domicilio dell'assicurato, ai fini dell'applicazione delle medesime condizioni previste per il regime di assistenza diretta, alla domanda di rimborso sarà necessario allegare anche la relativa attestazione producibile nell'area riservata del sito www.fondometasalute.it;

g. copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di followup (visite, accertamenti, ecc);

h. in caso di trattamenti fisioterapici:

- prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
- indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione (documentabile ad esempio tramite immagine del titolo di studio);

i. certificato medico attestante la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità;

j. in caso di Procreazione Assistita

- copia della cartella clinica completa
- copia fattura e/o ricevute fiscali

k. in caso di richiesta di indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o in caso di richiesta di indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea:

- certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza del genitore,
- dichiarazione rilasciata del centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) attestante la data del ricovero nella struttura e la continuità del ricovero a partire da tale data e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il grado di parentela,
- certificato di esistenza in vita e codice fiscale;

l. in caso di Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa:

- lettera di dimissione ospedaliera in caso di parto naturale o parto cesareo in struttura ospedaliera oppure copia della cartella ostetrica in caso di parto a domicilio;
- certificato di avvenuta adozione e stato di famiglia;
- dichiarazione aziendale attestante il periodo di astensione dal lavoro per maternità/paternità facoltativa indicante sia la data di inizio dell'aspettativa sia la data del rientro all'attività lavorativa. In alternativa alla dichiarazione aziendale copia della busta paga e/o delle buste paga dalle quali si evince chiaramente il numero dei giorni di aspettativa fruiti nel mese oppure complessivamente goduti.

m. in caso di Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili sarà necessario inviare la seguente documentazione:

- copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%, per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva;
- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa dell'Iscritto, attestante il legame parentale tra il titolare ed il figlio disabile per il quale si chiede l'indennizzo forfettario.

n. in caso di Indennità per la retta degli asili nido:

- Certificato di iscrizione al nido
- Copia delle fatture relative all'anno scolastico.

o. in caso di borse di studio per i figli dei dipendenti:
   - Copia del Diploma o del certificato sostitutivo del diploma
   - certificato di iscrizione al Corso di laurea e fotocopia del libretto universitario o attestazione rilasciata dall'Ateneo riportante gli esami sostenuti con i relative esiti.

p. in caso di rimborso per attività sportiva:
   - fattura della quota associativa annuale rilasciata dalla Società Sportiva attestante che l'attività sportiva non sia agonistica

q. in caso di rimborso per colonie estive
   - fattura rilasciata dalla colonia estiva riportante il periodo di soggiorno

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

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

t. quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

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

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

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

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

Qualora l'Assistito 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.

D.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

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

D.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera D.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. D.2).

In caso la dimensione della cartella clinica e/o del SDO non consentisse l'invio dal portale sarà necessario inviare la richiesta in modalità cartacea.

3. SERVIZI ACCESSORI

E. 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.

F. SERVIZIO "VEDI LA TUA PRATICA"

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

In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

G. SERVIZIO "DOCTOR ON LINE"

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

H. 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**

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

I. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE mètaSalute

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

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;
- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate con 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. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE mètaSalute

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

mètaSalute

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

GUIDA BREVE
GARANZIA RICOVERO

RBM AssicurazioneSalute

A. Prestazioni Ospedaliere *(si veda allegato 1)*

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

PRESTAZIONI	PIANO SANITARIO BASE: RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (intendendo per tali quelli elencati all'allegato 1 della Scheda sintetica del Piano Base 2018 consultabile sul sito web www.fondometasalute.it)
PRE-RICOVERO	Gli esami, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.
IMMUNONUTRIZIONE PRIMA DEL RICOVERO	Nell'ambito della garanzia ricovero si intendono compresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS. La Società garantisce il servizio di reperimento senza alcun costo a carico dell'Assistito, presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.
DURANTE IL RICOVERO	Gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico e risultante dal referto operatorio; i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito; le rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente; prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
POST RICOVERO	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero senza limite di giorni. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura.
MONITORAGGIO DEL PAZIENTE	La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di 120 giorni.

QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA/TICKET:

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

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

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

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE POST RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO	Condizioni	Massimale
Strutture convenzionata in regime diretto	Copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica entro i 120 giorni successivi alla data delle dimissioni	senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto ed entro il massimale di € 20.000,00 per anno e per nucleo familiare
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale		senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto ed entro il massimale di € 10.000,00 per anno e per nucleo familiare

NEONATI – RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO	Condizioni	Massimale
La garanzia A.1 Ricoveri per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1), si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati, anche quando non iscritti al Fondo, purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30gg dalla nascita. 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	Strutture convenzionata in regime diretto	copertura al 100% della spesa
	Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	€ 22.500,00 anno/ nucleo familiare

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

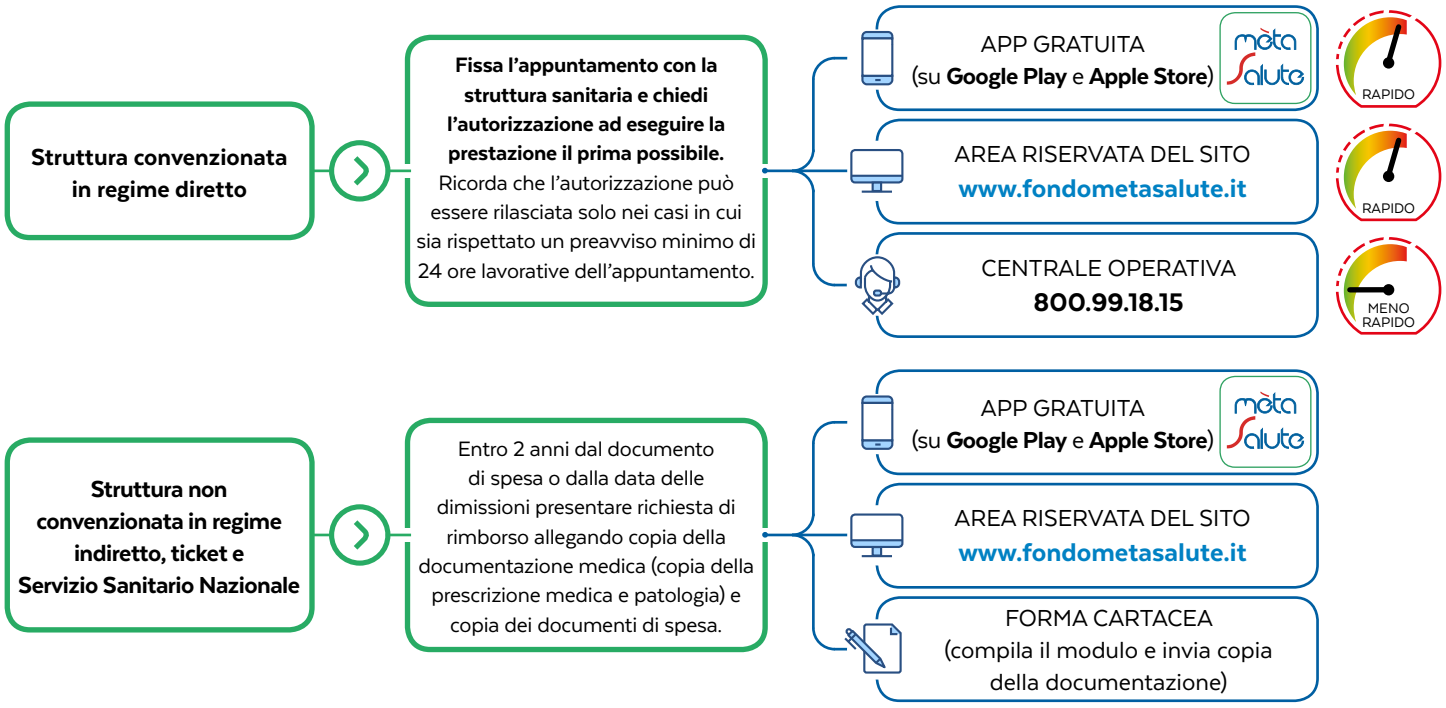
Forma diretta in struttura convenzionata

A. Prescrizione medica, con indicato l'intervento da effettuare e il quesito diagnostico o la patologia
B. Aver scelto la struttura sanitaria convenzionata
C. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
D. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



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

Allegato 1: Elenco Grandi interventi chirurgici

CHIRURGIA GENERALE

Cardiochirurgia e chirurgia toracica
- Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso € 18.000,00
- Fistole arterovenose polmonari € 18.000,00
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale € 18.000,00
- Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum" € 18.000,00
- Trapianto cardiaco € 45.000,00
- Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati € 18.000,00
- Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati € 18.000,00
- Tutti gli interventi: a cuore chiuso € 18.000,00

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

Esofago
- Interventi con esofagoplastica € 18.000,00
- Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico € 18.000,00

Fegato
- Deconnessione azigos-portale pervia addominale € 18.000,00
- Derivazioni biliodigestive € 18.000,00
- Drenaggio di ascesso epatico € 18.000,00
- Epatotomia e coledocotomia € 18.000,00
- Interventi chirurgici per ipertensione portale € 18.000,00
- Interventi per echinococcosi € 18.000,00
- Interventi sulla papilla di Water € 18.000,00
- Papillotomia per via transduodenale € 18.000,00
- Reinterventi sulle vie biliari € 18.000,00
- Resezioni epatiche € 18.000,00
- Trapianto di fegato € 45.000,00

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

Interventi sul mediastino
- Interventi per tumori € 18.000,00

Interventi sul sistema nervoso simpatico
- Simpaticectomia cervico-toracica € 18.000,00
- Simpaticectomia lombare € 18.000,00

Intestino
- Colectomia totale € 18.000,00
- Colectomie parziali € 18.000,00

Nervi periferici
- Anastomosi extracranica di nervi cranici € 18.000,00
- Asportazione tumori dei nervi periferici € 18.000,00
- Interventi sul plesso brachiale € 18.000,00
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici € 22.500,00

Neurochirurgia
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo € 18.000,00
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto € 22.500,00
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici € 18.000,00
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari € 18.000,00
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc) € 22.500,00
- Asportazione tumori dell'orbita € 18.000,00
- Asportazione tumori ossei della volta cranica € 18.000,00
- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica € 18.000,00
- Cordotomia e mielotomia percutanea € 18.000,00
- Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale € 18.000,00
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale € 18.000,00
- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche € 18.000,00
- Emisferectomia € 22.500,00
- Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario € 22.500,00
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore € 18.000,00
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore € 18.000,00
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (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
- Intervento per epilessia focale e callosotomia € 18.000,00
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale € 18.000,00
- Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive) € 18.000,00
- Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi € 18.000,00
- Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre) € 18.000,00
- Radiochirurgia gammaknife € 18.000,00
- Radiochirurgia stereotassica € 18.000,00
- Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici € 18.000,00
- Spondilolistesi € 18.000,00
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari € 18.000,00
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose) € 22.500,00
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche € 18.000,00

- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, 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
- se per via addominoperineale, in uno od in più tempi € 18.000,00

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

Torace - parete toracica
- Correzioni di malformazioni parietali € 18.000,00
- Resezione costali € 18.000,00
- Toracotomia esplorativa € 18.000,00

CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE

Osteosintesi
- Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc. € 18.000,00
- Plastiche per paralisi facciali: Dinamica € 18.000,00
- Push-bach e faringoplastica € 18.000,00
- Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo € 18.000,00
- Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale € 18.000,00

CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)

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

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

Torace e addome
- Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio) € 18.000,00
- Malformazione della gabbia toracica € 18.000,00
- Plastica per ipospadia ed epispadia € 18.000,00
- Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio) € 22.500,00
- Ricostruzione vaginale € 18.000,00

CHIRURGIA VASCOLARE

- Anastomosi mesenterica-cava € 18.000,00
- Anastomosi porta-cava e splenorenale € 18.000,00
- Disostruzione e by-pass aorto-addominale € 18.000,00
- Disostruzione e by-pass arterie periferiche € 18.000,00
- Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto € 18.000,00
- Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima € 18.000,00
- Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale € 18.000,00
- Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale € 18.000,00
- Interventi per aneurismi 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) € 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

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

OSTETRICIA

- Laparotomia per gravidanza extrauterina € 18.000,00

OTORINOLARINGOIATRIA

Cavo orale e faringe
- Idem, con svuotamento latero-cervicale € 18.000,00
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari € 18.000,00
- Tumori parafaringei € 18.000,00

Ghiandole salivari
- Asportazione della parotide € 18.000,00
- Parotidectomia totale con preparazione del facciale € 18.000,00

Orecchio esterno
- Atresia auris congenita: ricostruzione € 18.000,00

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

UROLOGIA

Apparato genitale maschile
- Amputazione totale del pene € 18.000,00
- Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica) € 18.000,00
- 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

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
- Sigmoidostomia € 18.000,00
- Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale € 18.000,00
- Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere € 18.000,00
- Ureterocistoneostomia con 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

mètaSalute

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

GUIDA BREVE
GARANZIA VISITE SPECIALISTICHE

RBM AssicurazioneSalute

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.

QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA/TICKET:

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

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

A. Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
B. Aver scelto la struttura sanitaria convenzionata
C. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
D. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

Struttura convenzionata in regime diretto

Fissa l'appuntamento con la struttura sanitaria e chiedi l'autorizzazione ad eseguire la prestazione il prima possibile. Ricorda che l'autorizzazione può essere rilasciata solo nei casi in cui sia rispettato un preavviso minimo di 24 ore lavorative dell'appuntamento.

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

Struttura non convenzionata in regime indiretto, ticket e Servizio Sanitario Nazionale

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.

- 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

GUIDA BREVE
GARANZIA ALTA SPECIALIZZAZIONE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

RBM AssicurazioneSalute

B.1 Alta Specializzazione e B.4 Accertamenti Diagnostici

QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA/TICKET:

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

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

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

A. Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
B. Aver scelto la struttura sanitaria convenzionata
C. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
D. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

Struttura convenzionata in regime diretto

Fissa l'appuntamento con la struttura sanitaria e chiedi l'autorizzazione ad eseguire la prestazione il prima possibile. Ricorda che l'autorizzazione può essere rilasciata solo nei casi in cui sia rispettato un preavviso minimo di 24 ore lavorative dell'appuntamento.

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

Struttura non convenzionata in regime rimborsuale, ticket e Servizio Sanitario Nazionale

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.

- 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
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrogada (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 educazionale del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
- Trattamenti radiometabolici

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

mètaSalute

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

GUIDA BREVE
GARANZIA PACCHETTO MATERNITÀ

RBM AssicurazioneSalute

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 INDENNITÀ PER PARTO	Indennità per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 giorni previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto.
B.5.4 CONTRIBUTO PER LATTE ARTIFICIALE	Contributo per il latte artificiale, nei primi 6 mesi di vita del neonato, previa presentazione delle relativa prescrizione medica.
B.5.5 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO	Massimo di 3 visite psicologiche entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura).
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'eduzione dell'esercizio fisico • trattamento termale

QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA:

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

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

Condizioni (si veda elenco prestazioni)

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

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

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

Condizioni (si veda elenco prestazioni)

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

B.5.3 INDENNITÀ PER PARTO

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

B.5.4 CONTRIBUTO PER LATTE ARTIFICIALE

Massimale: € 100 anno/nucleo familiare

Condizioni (si veda elenco prestazioni)

Regime rimborsuale	100%
Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	

B.5.5 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Massimale: illimitato

Condizioni (si veda elenco prestazioni)

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

B.5.6 WEEK-END BENESSERE

Massimale: illimitato

Condizioni (si veda elenco prestazioni)

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

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

A. Prescrizione medica, con indicato il quesito diagnostico o la patologia
B. Struttura sanitaria convenzionata
C. L'appuntamento fissato con la struttura sanitaria
D. Preavviso minimo di 24 ore lavorative

Forma indiretta in struttura non convenzionata

E. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
F. Copia della prescrizione medica, con indicato il quesito diagnostico o la patologia

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

Struttura convenzionata in regime diretto

Fissa l'appuntamento con la struttura sanitaria e chiedi l'autorizzazione ad eseguire la prestazione il prima possibile. Ricorda che l'autorizzazione può essere rilasciata solo nei casi in cui sia rispettato un preavviso minimo di 24 ore lavorative dell'appuntamento.

- APP GRATUITA (Presto Online) — RAPIDO
- AREA RISERVATA DEL SITO **www.fondometasalute.it** — RAPIDO
- CENTRALE OPERATIVA **800.99.18.15** — MENO RAPIDO

Struttura non convenzionata in regime rimborsuale, ticket e Servizio Sanitario Nazionale

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.

- APP GRATUITA (Presto Online)
- 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

GUIDA BREVE
GARANZIA FISIOTERAPIA

RBM AssicurazioneSalute

C.1 Fisioterapia a seguito di infortunio

QUALI TERAPIE SONO PREVISTE:

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

QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA/TICKET:

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

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

A. Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
B. Certificato di Pronto Soccorso
C. Aver scelto la struttura sanitaria convenzionata
D. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
E. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
B. Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
C. Copia del certificato di Pronto Soccorso
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, 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".

QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA/TICKET:

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

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

A. Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
B. Aver scelto la struttura sanitaria convenzionata
C. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
D. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

C.3 Fisioterapia a seguito di malattia

QUALI TERAPIE SONO PREVISTE:

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

QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA/TICKET:

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

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

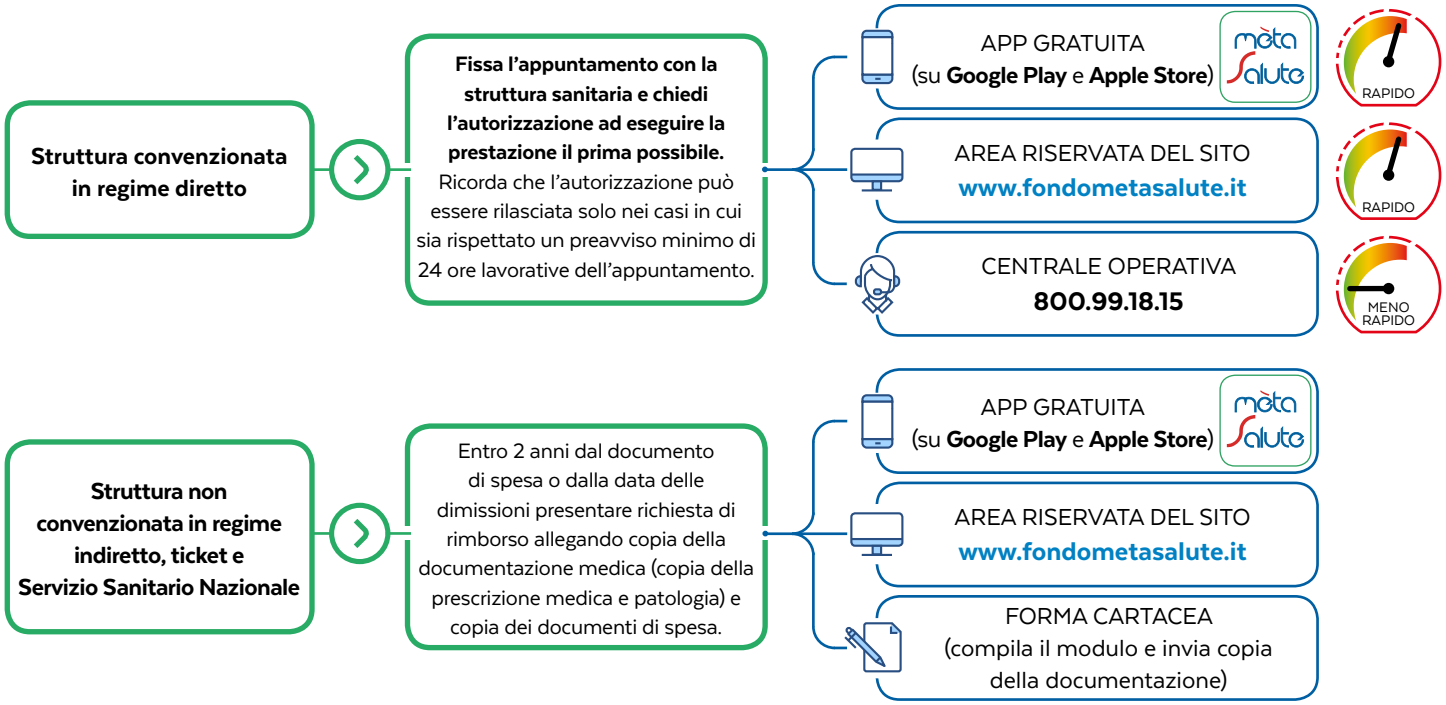
Forma diretta in struttura convenzionata

A. Prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
B. Aver scelto la struttura sanitaria convenzionata
C. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
D. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



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

GUIDA BREVE
GARANZIA CURE ODONTOIATRICHE

RBM AssicurazioneSalute

D. Odontoiatria

QUALI SONO LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PREVISTE:

visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale (1 volta all'anno – unica soluzione), prestazioni ortodontiche, Cure odontoiatriche (compresa paradontologia), terapie conservative, terapie canalari, trattamento topico con floruri e protesi dentarie.
Sono inoltre incluse la visita pedodontica e/o ablazione del tartaro, sigillatura denti figli minorenni, apparecchi ortodontici per minori, interventi chirurgici odontoiatrici (in regime di ricovero e ambulatoriale), implantologia Stand Alone, compresa manutenzione impianti e sostituzione corone.

QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA/TICKET:

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

Apparecchi Ortodontici per minori *(1 volta ogni 3 anni)*	Condizioni
Struttura convenzionata in regime diretto	Copertura di 350€ anno/nucleo (250€ per ogni minore sino al raggiungimento del massimale di 350€)
Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	Copertura di 150€ anno/nucleo (100€ per ogni minore sino al raggiungimento del massimale di 150€)

Prestazioni Odontoiatriche d'urgenza	Condizioni	
Struttura convenzionata in regime diretto	Copertura illimitata per	Visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica
		Trattamento di pronto soccorso endodontico, manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica
		Otturazione /ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato . Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), preendodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

A. Ad esclusione delle prime visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale tutte le rimanenti prestazioni necessitano di prescrizione medica riportante la patologia sospetta o accertata
B. Aver scelto la struttura sanitaria convenzionata
C. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
D. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
B. Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata [vedasi elenco a pagina 3];

QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA/TICKET:

Struttura non convenzionata in regime rimborsuale:

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

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

Interventi odontoiatrici	**Condizioni** (a seguito di patologie, si veda elenco) Sia regime ospedaliero che ambulatoriale con allegate rx e referti rx e medici	
Massimale: € 5.500 anno/nucleo	Struttura convenzionata in regime diretto	Copertura del 100% della spesa
	Struttura non convenzionata in regime rimborsuale	*Regime ammesso esclusivamente per i 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
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	Copertura del 100% della spesa

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. Aver scelto la struttura sanitaria convenzionata
C. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
D. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

IMPLANTOLOGIA STAND ALONE, COMPRESA MANUTENZIONE IMPIANTI E SOSTITUZIONE CORONE	Ad integrazione delle somme ricevute dall'assistito attraverso la prestazione "implantologia post intervento" prevista nell'ambito della garanzia "Interventi Odontoiatrici", ossia nell'eventuale ipotesi in cui l'assistito avendo già utilizzato – in tutto o in parte – il massimale dedicato agli interventi chirurgici odontoiatrici nell'anno, non abbia diritto a ricevere il 100% della copertura della spesa sostenuta per l'implantologia nell'ambito della garanzia Interventi chirurgici Odontoiatrici. Sono previsti inoltre gli interventi di manutenzione su impianti già presenti nel cavo orale del paziente quali ad esempio sostituzione del perno moncone, corona, ecc.	
Strutture diretta/convenzionata	Massimale 1.100 € anno/nucleo	Condizioni 100% - limite massimo di € 400,00 per un impianto, € 700,00 per 2 impianti e € 1.100,00 in caso di 3 o più impianti.
Strutture indiretta/non convenzionata	Massimale 300 € anno/nucleo	Condizioni 100%

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

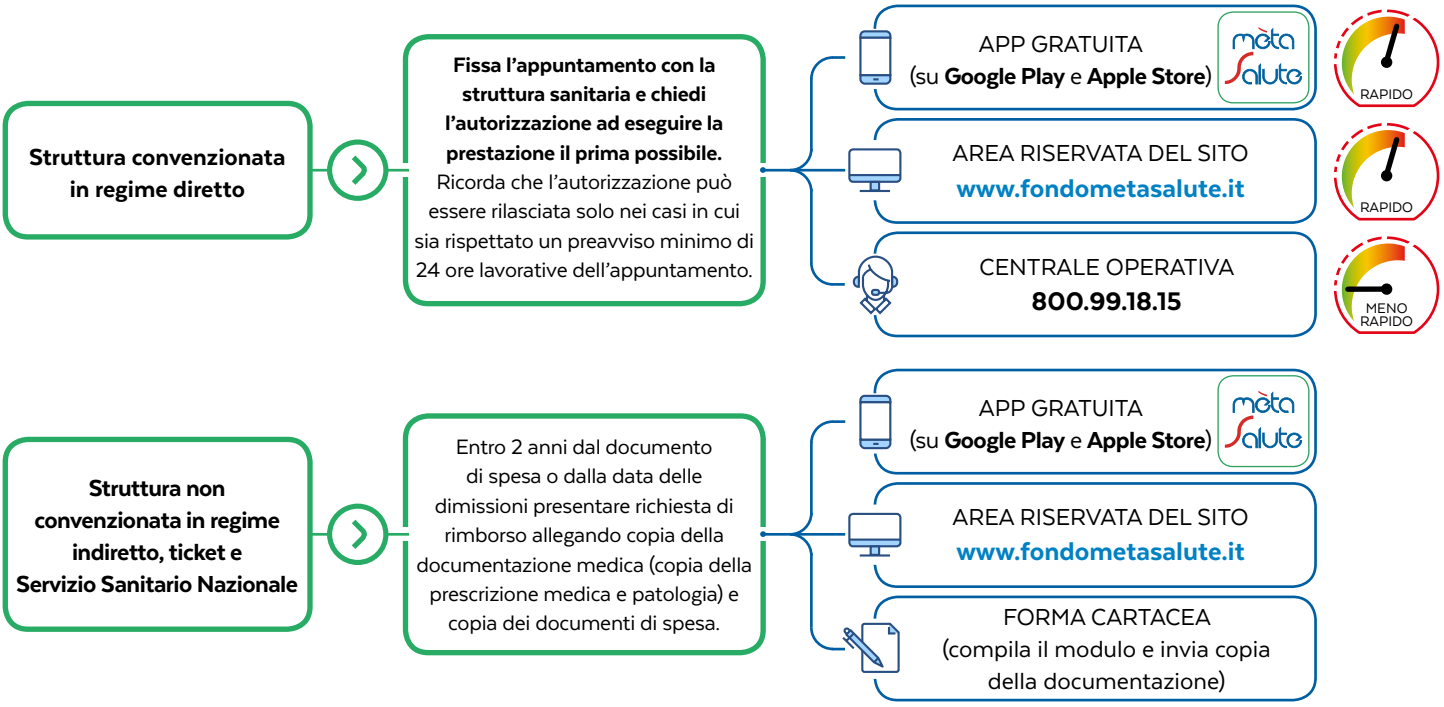
Forma diretta in struttura convenzionata

A. Prescrizione medica, con indicato quesito il diagnostico o la patologia, radiografie, referti radiologici
B. Aver scelto la struttura sanitaria convenzionata
C. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
D. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



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.

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

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

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

mètaSalute

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

GUIDA BREVE
GARANZIA PREVENZIONE

RBM AssicurazioneSalute

E. Prevenzione

QUANTE VOLTE POSSO USUFRUIRNE E QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA:

E.1 SCREENING GENERICI

E.1.1 Controllo delle allergie e delle intolleranze alimentari **Prestazioni previste: A)** Allergie: Test IgE Totali, Test allergia all'epitelio e pelo del cane, Test allergia all'epitelio e pelo del gatto, Allergia ad acari, muffe e polveri; **B)** Intolleranza gruppo di alimenti, Intolleranza Lattosio, Intolleranza Glutine (Celiachia). In caso di esito positivo dei predetti esami, è eseguibile su prescrizione uno screening allergologico per inalanti e alimenti - prick test (1 screening nel triennio). Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione garanzia "Accertamenti diagnostici" (B3/B4)".	1 volta ogni 3 anni, Solo in rete - Massimale Illimitato
E.1.2 Ricerca presenza Helicobacter Pylori **Prestazioni previste**: test specifico sul DNA effettuato a partire da un prelievo della saliva che consente la ricerca di un antigene specifico di Helicobacter Pylori	1 volta ogni 3 anni, Solo in rete - Massimale Illimitato

E.2 PREVENZIONE BASE

E.2.1 Esami di prevenzione **Prestazioni previste**: Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, Colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES, Urine: esame chimico, fisico e microscopico, Feci: Ricerca del sangue occulto,Elettrocardiogramma di base,Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)	una volta l'anno, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 80 a pacchetto
E.2.2 Sindrome metabolica **Prestazioni previste**: Previa esecuzione questionario online: **A)** Non Conclamata: colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi; **B)** Conclamata: Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo), Doppler carotideo, Curva glicemica, Ecocardiogramma	una volta l'anno/ogni 6 mesi, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 25 a pacchetto (€ 50,00 in caso di sindrome conclamata)

E.3 PREVENZIONE DONNA

E.3.1 Pacchetto Donna **Pacchetto A** (*in alternativa a pacchetto B*) Donne - over 24 anni (Visita ginecologica + PAP TEST - una volta ogni due anni) **Pacchetto B** (*in alternativa a pacchetto A*) Donne - tra 21 e 24 anni (Visita ginecologica + PAP TEST - una volta ogni due anni) Donne - over 30 anni (Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) - una volta ogni tre anni) **Pacchetto C** (*in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B*) Donne - tra 30 e 39 anni (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, Creatinina, Calcio, Fosforo, Fosfatasi alcalina, PTH, Vitamina D) Donne - senza limiti di età (Ecografia transvaginale - una volta ogni due anni)	Periodicità variabile, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 80 a pacchetto
E.3.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (a pacchetto, da addizionarsi agli 80 euro previsti nel Pacchetto C donna (30-39 anni) **Prestazioni previste**: Ecografia Mammaria Bilaterale	1 volta ogni 2 anni, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 36,00 a pacchetto da addizionarsi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Donna

E.4 PREVENZIONE UOMO

E.4.1 Pacchetto Uomo **Prestazioni previste:** Uomo - over 21 anni visita cardiologica (una volta ogni 2 anni); ecografia testicolare (una volta ogni 2 anni) eseguibile sino al compimento dei 40 anni Uomo - over 50 anni PSA (una volta ogni 2 anni); retto sigmoidoscopia (una volta ogni 2 anni) Uomo - senza limite di età visita urologica (una volta ogni 2 anni); ecografia prostatrica-ecografia transrettale (una volta ogni 2 anni)	1 volta ogni 2 anni, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 80 a pacchetto
E.4.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto Uomini - over 50) **Prestazioni previste:** PSA FREE, 2 PRO SPA, Dosaggio PHI (Prostate Health Index)	1 volta ogni 2 anni, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 50,00 a pacchetto da addizionarsi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo

E.5 PREVENZIONE MINORI

6 mesi-2 anni non compiuti **Prestazioni previste:** Visita Pediatrica (Valutazione Di Base, Auxologica, Psicomotoria e Cognitiva), Visita Otorinolaringoiatrica con Test Audiometrico	Da Elenco, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 36 a pacchetto
2-4 anni non compiuti **Prestazioni previste:** Visita oculistica completa, Tonometria, Esame del fundus, Stereopsi e color test, Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio), Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo), Esami di laboratorio per screening della celiachia, Biopsia intestinale	Da Elenco, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 60 a pacchetto
4-6 anni non compiuti **Prestazioni previste:** Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo), Visita odontoiatrica e ortodontica (igiene orale, fluoroprofilassi), Spazzolino Bluetooth, Visita oculistica completa, Tonometria, Esame del fundus, Stereopsi e color test, Valutazione ortottica	Da Elenco, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 80 a pacchetto
6-8 anni non compiuti **Prestazioni previste:** Visita odontoiatrica e ortodontica in alternativa alle analoghe prestazioni previste alla garanzia D odontoiatria, Visita oculistica completa, Tonometria, Esame del fundus, Stereopsi e color test	Da Elenco, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 60 a pacchetto
8-11 anni non compiuti **Prestazioni previste:** Visita ortopedica, Visita endocrinologica	Da Elenco, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 36 a pacchetto
11-18 anni non compiuti **Prestazioni previste:** Visita pediatrica, Visita ortopedica, Visita endocrinologica, esami di laboratorio, Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, Esame emocromocitometrico e morfologico, Colesterolo totale, HDL e LDL, Trigliceridi, Glicemia, AntiTransglutaminasi: esami di screening per la diagnosi precoce del Morbo Celiaco	Da Elenco, In rete - Illimitato Fuori Rete - € 50 a pacchetto

E.6.1 PREVENZIONE TERZIARIA

E.6.1 Monitoraggio Ipertensione **Prestazioni previste**: Visita cardiologica di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti, Creatinina (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2), Prelievo di sangue venoso (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2), Elettrocardiogramma (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2) **Screening di secondo livello**: Monitoraggio della pressione delle 24 ore (Holter pressorio) – su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.1 Alta Specializzazione", Ecocardiogramma - su prescrizione Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.1 Alta Specializzazione", Esame del fundus oculi - su prescrizione Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici"	**1 volta l'anno, In rete – Illimitato** **Fuori Rete – € 36,00 a pacchetto da addizionarsi agli € 80,00 previsti nel pacchetto prevenzione Base E.2**
E.6.2 Monitoraggio asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) **Prestazioni previste**: Visita pneumologica di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti, Emocromo (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2), Prelievo di sangue venoso (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2), Elettrocardiogramma (Previsto nel Pacchetto Prevenzione Base – E.2), Spirometria semplice e globale, Test di broncodilatazione farmacologica - spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco, Monitoraggio incruento della saturazione arteriosa/ pulsossimetria **Screening di secondo livello**: Proteina c reattiva - quantitativa – su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici", Terapia educazionale del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico – su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.1 Alta Specializzazione", Screening allergologico per inalanti e alimenti - prick test - su prescrizione. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici"	**1 volta ogni 2 anni, In rete – Illimitato** **Fuori Rete – € 36,00 a pacchetto da addizionarsi agli € 80,00 previsti nel pacchetto prevenzione Base E.2**

E.7 ALTRI CONTROLLI

E.7.1 Pacchetto prevenzione tumori della pelle **Prestazioni previste**: Visita dermatologica con Epiluminescenza	**1 volta ogni 3 anni, In rete – Illimitato** **Fuori Rete € 50,00 a pacchetto**
E.7.2 Pacchetto prevenzione di patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio e controllo posturale **Prestazioni previste**: Visita fisiatrica oppure visita osteopatica	**1 volta l'anno, In rete – Illimitato** **Fuori Rete € 50,00 a pacchetto**
E.7.3 Monitoraggio delle patologie tiroidee **Prestazioni previste**: Visita specialistica endocrinologica, TSH – screening secondo livello: ecografia del collo (tiroide, paratiroidi, linfonodi), FT3, FT4. Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti diagnostici"	**1 volta ogni 2 anni, In rete – Illimitato** **Fuori Rete € 50,00 a pacchetto**

CONDIZIONI:

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni; nell'ambito del Protocollo Minori i relativi massimali sono condivisi tra tutti i componenti minorenni del Nucleo Familiare.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

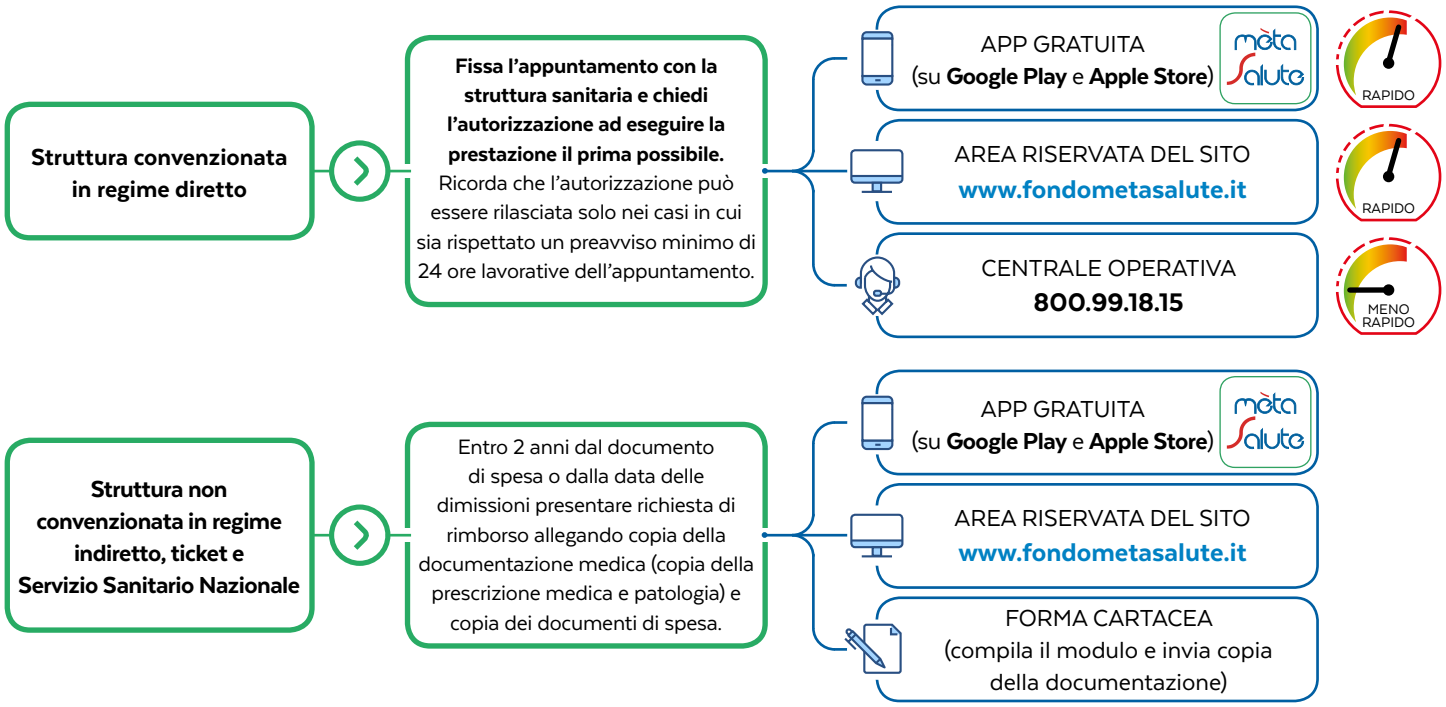
Forma diretta in struttura convenzionata

A. Ogni pacchetto prevenzione del protocollo adulti è usufruibile da un solo componente del nucleo familiare
B. Per poter usufruire dei pacchetti non è necessario avere la prescrizione del medico riportante la patologia presunta o accertata. Si precisa invece che per la sola Prevenzione Terziaria è necessario un certificato medico attestante la patologia
C. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
D. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

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

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



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

GUIDA BREVE
GARANZIA LENTI CORRETTIVE

RBM AssicurazioneSalute

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

QUANTO RIMANE A MIO CARICO IN FORMA DIRETTA/INDIRETTA:

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

** se chieste a rimborso, da chiedere 1 volta all'anno in un'unica soluzione*

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma diretta in struttura convenzionata

A. Certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista ma con l'indicazione della gradazione (non serve modifica del visus)
B. Autodichiarazione in caso di rottura lenti o montatura
C. Copia della denuncia emessa dalle Autorità Giudiziarie in caso di smarrimento/furto degli occhiali
D. Aver scelto la struttura sanitaria convenzionata
E. Aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria
F. Attivarsi con preavviso minimo di 24 ore lavorative seguendo le istruzioni sotto riportate

Forma indiretta in struttura non convenzionata

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
B. Copia del certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista ma con l'indicazione della gradazione
C. Autodichiarazione in caso di rottura lenti o montatura
D. Copia della denuncia in caso di smarrimento/furto degli occhiali

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

Struttura convenzionata in regime diretto

Fissa l'appuntamento con la struttura sanitaria e chiedi l'autorizzazione ad eseguire la prestazione il prima possibile. Ricorda che l'autorizzazione può essere rilasciata solo nei casi in cui sia rispettato un preavviso minimo di 24 ore lavorative dell'appuntamento.

- APP GRATUITA (Presto Online) — RAPIDO
- AREA RISERVATA DEL SITO **www.fondometasalute.it** — RAPIDO
- CENTRALE OPERATIVA **800.99.18.15** — MENO RAPIDO

Struttura non convenzionata in regime rimborsuale, ticket e Servizio Sanitario Nazionale

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.

- APP GRATUITA (Presto Online)
- 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

GUIDA BREVE
GARANZIA FARMACI

RBM AssicurazioneSalute

Farmaci

PIANO INTEGRATIVO A

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

PIANO INTEGRATIVO B

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

PIANO INTEGRATIVO C

G.4 Farmaci Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici	cfr. Allegato "Elenco Farmaci"
Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto	
Massimale	€ 350,00 anno/nucleo condiviso con la garanzia G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali
In Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Fuori Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Condizioni	
In Rete	franchigia € 15,00, scoperto 25%
Fuori Rete	franchigia € 20,00, scoperto 35%

PIANO INTEGRATIVO D

G.4 Farmaci Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici	cfr. Allegato "Elenco Farmaci"
Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto	
Massimale	€ 350,00 anno/nucleo condiviso con la garanzia G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali
In Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Fuori Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Condizioni	
In Rete	franchigia € 15,00, scoperto 25%
Fuori Rete	franchigia € 20,00, scoperto 35%

PIANO INTEGRATIVO E

G.4 Farmaci Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici	cfr. Allegato "Elenco Farmaci"
Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto	
Massimale	€ 350,00 anno/nucleo condiviso con la garanzia G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali
In Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Fuori Rete	max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Condizioni	
In Rete	franchigia € 15,00, scoperto 25%
Fuori Rete	franchigia € 20,00, scoperto 35%

PIANO INTEGRATIVO F

G.4 Farmaci Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici	cfr. Allegato "Elenco Farmaci"
Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto	
Massimale	€ 550,00 anno/nucleo condiviso con la garanzia G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali
In Rete	€ 550,00 max. € 300,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Fuori Rete	€ 350,00 max. € 250,00 in caso di farmaci a massimale ridotto
Condizioni	
In Rete	franchigia € 10,00, scoperto 20%
Fuori Rete	franchigia € 15,00, scoperto 30%

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

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

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

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

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

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

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE:

1. Aderente iscritto al Piano Integrativo A

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

2. Aderente iscritto al Piano Integrativo C

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

3. Aderente iscritto al Piano Integrativo A

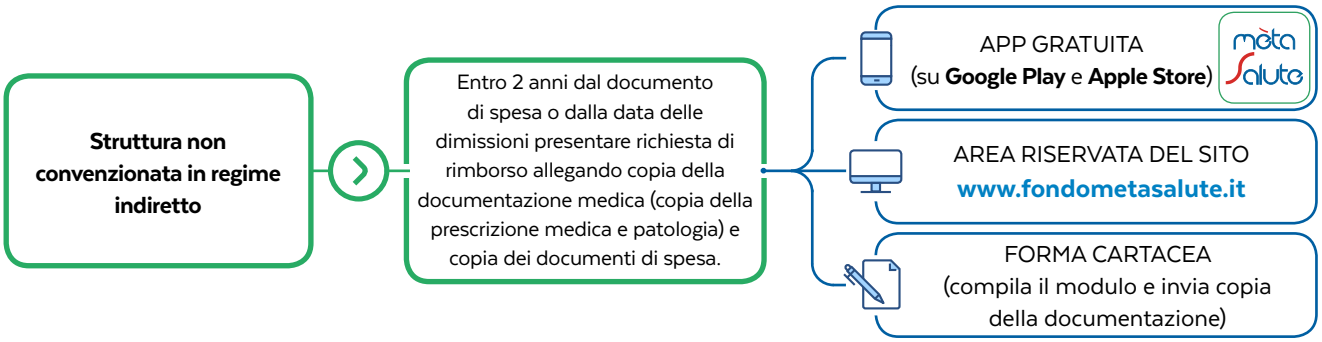
Importo speso per 3 farmaci (€ 17,00 cad.) in Ticket = € 51,00 totale scontrino (franchigia € 10,00) → Importo Rimborsato pari a € 21,00 (viene sottratta dall'importo speso per il ticket del singolo farmaco la franchigia di € 10,00).

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

Forma indiretta in struttura non convenzionata

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket
B. Copia della prescrizione medica, con indicato il quesito diagnostico o la patologia

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



mètaSalute

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

GUIDA BREVE
PRESTAZIONI SOCIALI E CONTO SALUTE

RBM AssicurazioneSalute

H. Prestazioni Sociali

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

I. Conto Salute

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE E QUANTO VIENE RICONOSCIUTO

H.1 INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ PER ASTENSIONE FACOLTATIVA	indennità giornaliera di **€ 15,00** innalzata del 40% in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito per la durata massima di 90 giorni complessivi per anno
H.2 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI	indennizzo annuo pari ad **€ 750,00** per Nucleo Familiare innalzato **da € 1.000,00** in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%
H.3 INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI IN LTC TEMPORANEA	indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea fino ad un massimo di **€ 350,00** anno/nucleo familiare
H.4 RETTE ASILI NIDO	indennità **di € 400,00** innalzata ad **€ 550,00** in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito erogata per l'anno scolastico, a titolo forfettario, a favore del Nucleo Familiare che utilizza per il/i proprio/i figlio/i asilo nido pubblico o privato, legalmente riconosciuto
H.5 CONSULTO NUTRIZIONALE E DIETA PERSONALIZZATA	1 consulto e dieta personalizzata all'anno per nucleo familiare **Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti convenzionati con il Network Previmedical:** nessun limite di spesa **Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici/professionisti non convenzionati con il Network Previmedical** Massimo **€ 80,00** anno/nucleo familiare, di cui **€ 50,00** per la visita e **€ 30,00** per la dieta
H.6 BORSE DI STUDIO PER I FIGLI DEI DIPENDENTI	erogazione a titolo forfettario di una borsa di studio a favore dell'aderente i cui figli abbiano raggiunto una delle seguenti condizioni: a. Diploma di istruzione secondaria superiore, con votazione almeno pari a 90/100 b. Iscrizione, in corso, al secondo anno di università, con media almeno pari a 26/30 Le somme erogate sono le seguenti: a. Diploma di istruzione secondaria superiore: € 350,00 b. Iscrizione, in corso, al secondo anno di università: € 500,00

H.7 **PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA (solo Piano Base)**	**1. QUOTA ASSOCIATIVA PER ATTIVITÀ SPORTIVA** Rimborso quota associativa (o quota iscrizione) sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica, escluso l'abbonamento. Limite di spesa **€ 120,00 anno/nucleo familiare.** **2. VISITA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA** Rimborso di una visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo). **Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical:** nessun limite di spesa. **Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical:** Limite di spesa € 55,00 anno/nucleo familiare.
H.8.2 **COLONIE ESTIVE (solo Piano Base)**	Rimborso delle spese sostenute per la frequentazione di colonie estive (marine e montane) intese per tali le strutture situate presso località marine o montane destinate al soggiorno di bambini e adolescenti che vi svolgono attività ludiche e ricreative. **Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical:** Limite di spesa € 120,00 anno/nucleo familiare. **Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical:** Limite di spesa € 75,00 anno/nucleo familiare.
CONTO SALUTE - PIANO DI RISPARMIO SANITARIO	**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. **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.

COSA SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE:

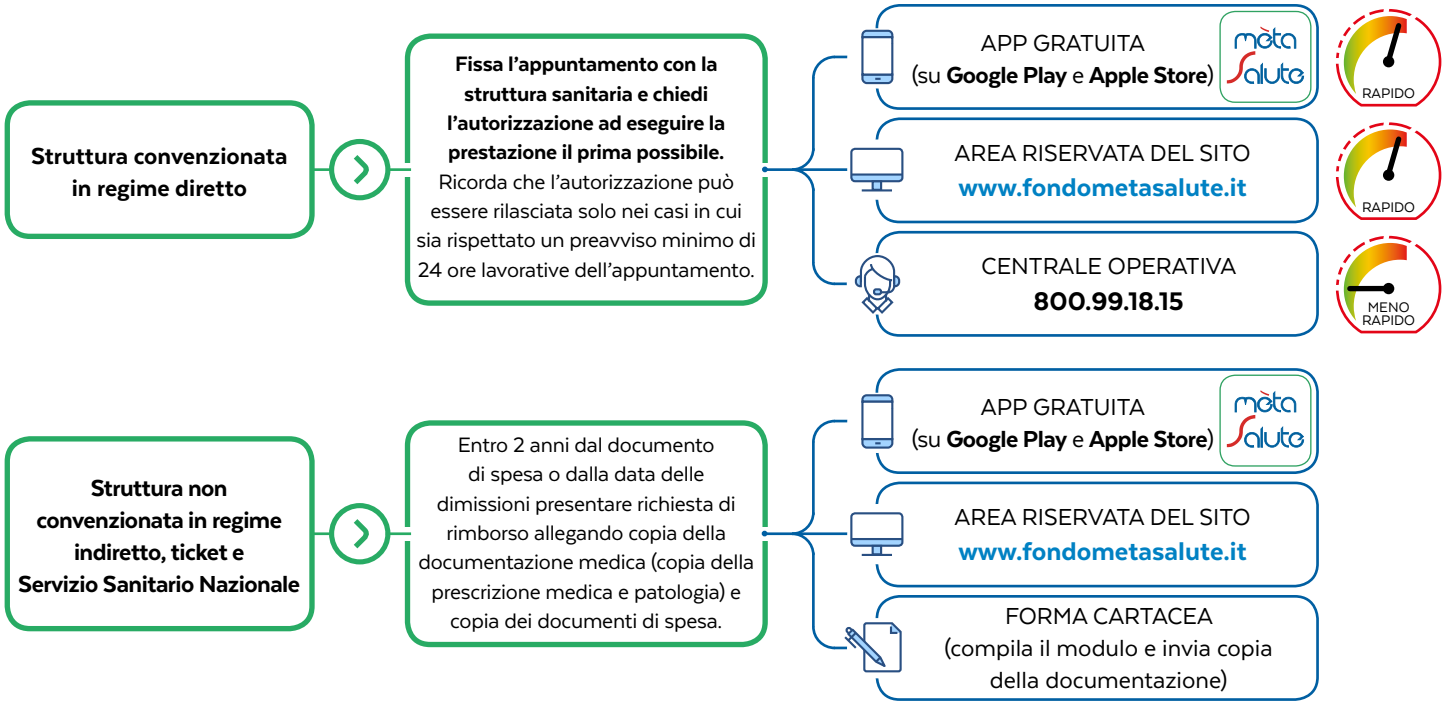
Per tutte le garanzie dove previsto

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).

H.1 **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
H.2 **INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI**	Copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%, per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva Dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa dell'Iscritto, attestante il legame parentale tra il titolare ed il figlio disabile per il quale si chiede l'indennizzo forfettario
H.3 **INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI IN LTC TEMPORANEA**	Certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza temporanea del genitore Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il grado di parentela Certificato di esistenza in vita e codice fiscale
H.4 **RETTE ASILI NIDO**	Certificato di iscrizione al nido Copia delle fatture relative all'anno scolastico
H.5 **CONSULTO NUTRIZIONALE E DIETA PERSONALIZZATA**	Per il solo regime rimborsuale: copia del documento di spesa
H.6 **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
H.7 **PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA (solo Piano Base)**	**1. QUOTA ASSOCIATIVA PER ATTIVITÀ SPORTIVA** • Fattura della quota associativa annuale rilasciata dalla Società Sportiva attestante che l'attività sportiva non sia agonistica **2. VISITA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA** • Copia fatture e/o ricevute fiscali • Indicazione del titolo di studio del medico che ha effettuato la prestazione
H.8.2 **COLONIE ESTIVE (solo Piano Base)**	Fattura rilasciata dalla colonia estiva riportante il periodo di soggiorno

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?



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.