



**mēta salute**  
FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

**PIANO BASE 2024-2026**

# FAMILIARI A CARICO



**coniuge del lavoratore** (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;



**conviventi di fatto** di cui alla L.76/2016 (Art. 1, commi 36-65) ("...si intendono per «conviventi di fatto» due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile...")



- **Figli\* a carico**, fino al compimento del 26° anno di età, e non conviventi di lavoratore dipendente iscritto, affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;
- **Figli\*** a carico fino al compimento del 26° anno d'età;
- **Figli\*** con disabilità senza limiti di età (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

*(\* compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati)*

# FAMILIARI A CARICO

## DECRETO LEGISLATIVO 29 dicembre 2021, n. 230

2. Ai fini del presente decreto, si considerano figli a carico quelli facenti parte del nucleo familiare indicato ai fini ISEE, in corso di validità, calcolato ai sensi dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159.

«Art. 3 (Nucleo familiare). - 1. Il nucleo familiare del richiedente è costituito dai soggetti componenti la famiglia anagrafica alla data di presentazione della DSU, fatto salvo quanto stabilito dal presente articolo.

Nel caso di nuclei con figli maggiorenni, l'ISEE è calcolato ai sensi degli articoli da 2 a 6 e 9 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159.

3. In assenza di ISEE il nucleo di riferimento è accertato sulla base dei dati autodichiarati in domanda, ai sensi dell'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, dal richiedente l'assegno unico, sulla base dei criteri di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159.

Pertanto, in merito a quanto previsto nel suindicato Dlgs

- per i figli fino a 21 anno sarà necessario inserire in piattaforma la DSU inviata all'INPS oppure l'ISEE/Riepilogo o Domanda Assegno Unico
- mentre i figli tra i 21 anni compiuti ed i 26 anni saranno presente nella CU o nel 730

## FAMILIARI NON A CARICO

A fronte del pagamento del relativo premio:

- Coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L. 76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;
- conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, commi 36-65) ("*...si intendono per «conviventi di fatto» due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile...*");
- Figli\* non a carico e non conviventi di lavoratore dipendente iscritto, affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;
- Figli\* non a carico, purché conviventi.

(\* compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati)

## FAMILIARI NON A CARICO

---

CONTRIBUZIONE 2023	
Piano Base	280,50
Piano A	397,50
Piano B	508,00
Piano C	605,50
Piano D	683,50
Piano E	839,50
Piano F	1.814,50

CONTRIBUZIONE 2024	
Piano Base	<b>361</b>
Piano MS 1	<b>513</b>
Piano MS 2	<b>783</b>
Piano MS 3	<b>1.088</b>
Piano MS 4	<b>2.555</b>

## NUMERO VERDE FONDO METASALUTE

PER TUTTE LE PROBLEMATICHE RELATIVE

- **INSERIMENTO DEI FAMILIARI**
- **RECUPERO PASSWORD, USER E CAMBIO MAIL DI REGISTRAZIONE**



E' DISPONIBILE IL NUMERO VERDE DEL FONDO

**DAL 1 LUGLIO IL NUMERO VERDE DA CONTATTARE SARA' 0699777900**

**Numero Centrale Operativa Intesa Sanpaolo RBM Salute (info prestazioni e pratiche sanitarie)**

**800-991815** – Solo da rete fissa

**0422.1744299:** da cellulare, rete fissa (a discrezione) o dall'estero\*

\*numero a pagamento secondo la tariffa prevista dal proprio gestore telefonico, a partire dal 15 novembre



## Le prestazioni previste dal Piano Sanitario 2024-2026

Le prestazioni sono erogate da Intesa Sanpaolo RBM Salute fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole garanzie e nei singoli Piani Sanitari.

Sul sito [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it) è possibile consultare **le schede sintetiche di tutti i piani**.

I contenuti di questo documento hanno carattere **puramente riassuntivo** di quanto riportato nelle schede sintetiche.  
A **partire da gennaio 2024** saranno pubblicate sul sito del Fondo le condizioni complete che regolano le prestazioni assicurative erogate da Intesa Sanpaolo RBM Salute per dare esecuzione ai Piani Sanitari.

**Le Condizioni che saranno pubblicate sono l'unico strumento valido per una completa ed esauriente conoscenza dei Piani Sanitari e delle condizioni contrattuali.**

## ALTRE CONDIZIONI

---

### UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

**FORMA DIRETTA → STRUTTURA CONVENZIONATA CON RBM → APERTURA VOUCHER**

**FORMA INDIRETTA → INSERIMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE COMPLETA DOPO AVER EFFETTUATO LA PRESTAZIONE**

**UTILIZZO STRUTTURE → RICHIESTA DI RIMBORSO AREA TICKET - documenti richiesti  
SSN O CON ESSO  
ACCREDITATE**

**- MODULO DI RIMBORSO SUL SITO DEL FONDO**

## ALTRE CONDIZIONI

---

- **Garantite regole assuntive (NO Questionario Medico ed inclusione delle malattie preesistenti, anche in relazione alla copertura per Invalidità Permanente)**
- Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento del **pacchetto di prevenzione si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km**, il lavoratore dovrà necessariamente effettuare le prestazioni 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. Sarà comunque necessario contattare RBM per avere l'autorizzazione.
- Qualora il centro convenzionato per lo svolgimento delle **cure dentarie** si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato **superiore a 30 km**, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una **qualsiasi struttura non convenzionata** con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni.

## A. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO

Per il ricovero con intervento chirurgico, solo se previsto nell'elenco degli interventi (**All.to**) si possono utilizzare:

- strutture convenzionate con RBM PREVIMEDICAL -> massimale illimitato **con scoperto del 15%**
- strutture NON convenzionate con i seguenti massimali:
  - 18.000,00 interventi chirurgici ordinari **con scoperto del 15%**
  - 22.500,00 interventi chirurgici complessi **con scoperto del 15%**
  - 45.000,00 trapianti **con scoperto del 15%**

### **Intervento ricostruttivo post mastectomia per demolizione avvenuta dopo il 1 gennaio 2024**

- 4.000,00 euro una tantum a triennio 2024/2026 per evento a mammella

Retta di degenza dell'accompagnatore → **rimborso 100%**

Trasporto di primo soccorso → **rimborso del 100%**

### **INDENNITÀ SOSTITUTIVA**

Strutture del SSN → in questo caso si può richiedere l'indennità sostitutiva pari a 100,00 euro al giorno per un massimo di 150 giorni di ricovero; rientrano a rimborso le eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari.

Non rientrano le eventuali spese pre/post ricovero

## B. PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

### B.1 Alta specializzazione

IN NETWORK E FUORI NETWORK PER IL NUCLEO FAMILIARE E' PREVISTO UN MASSIMO DI

- **5 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE\***

\*SENZA LIMITAZIONI IN PRESENZA DI FIGLI DISABILI NEL NUCLEO FAMILIARE

**In Network:** massimale ILLIMITATO con lo **Scoperto del 40%**

**Fuori Network:** massimale € 20.000,00 condiviso con “Visite Specialistiche\*”, “Alta Specializzazione\*” e “Accertamenti Diagnostici\*”

Massimo di € 50,00 ad accertamento

**B.3. Tickets:** Rimborso al 100% fino ad un massimale cumulativo di € 5.000,00 con B.2 B.4

- PREVISTI IN ELENCO NELLE CDA
- Se nel corso di un esame endoscopio viene effettuato un intervento chirurgico (x es. polipectomia) questo rimarrà a carico del lavoratore

## B. PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

### B.2 Visite specialistiche

IN NETWORK E FUORI NETWORK PER IL NUCLEO FAMILIARE E' PREVISTO UN MASSIMO DI

- **5 PRESTAZIONI DI VISITE SPECIALISTICHE\***

\*SENZA LIMITAZIONI IN PRESENZA DI FIGLI DISABILI NEL NUCLEO FAMILIARE

**In Network:** massimale ILLIMITATO con **franchigia** di 45 euro

**Fuori Network:** € 20.000,00 condiviso con “Visite Specialistiche\*”, “Alta Specializzazione\*” e “Accertamenti Diagnostici\*”

Massimo di € 50,00 a visita/accertamento

**B.3. Tickets:** Rimborso al 100% fino ad un massimale cumulativo di € 5.000,00 con B.1 B.4

## B. PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

### B.4 Accertamenti diagnostici

IN NETWORK E FUORI NETWORK PER IL NUCLEO FAMILIARE E' PREVISTO UN MASSIMO DI

- **5 PRESTAZIONI DI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI\***

\*SENZA LIMITAZIONI IN PRESENZA DI FIGLI DISABILI NEL NUCLEO FAMILIARE

**In Network:** massimale ILLIMITATO con lo **Scoperto del 40%**

**Fuori Network:** € 20.000,00 condiviso con “Visite Specialistiche\*”, “Alta Specializzazione\*” e “Accertamenti Diagnostici”

Massimo di € 30,00 per fattura

**B.3. Tickets:** Rimborso al 100% fino ad un massimale cumulativo di 5.000,00 con B.1 B.2.

- PREVISTI IN ELENCO NELLE CDA

## B. PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

### B.5 PACCHETTO MATERNITA'

#### B.5.1 Accertamenti diagnostici ed analisi

Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, amniocentesi, villocentesi, 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.

#### B.5.2

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 anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore

In Network: massimale € 700,00 ad evento gravidanza

Fuori Network: massimale € 700,00 ad evento gravidanza

Ticket: rimborso 100%

## B.5 PACCHETTO MATERNITA'

### Visite/Controlli

4 visite/controlli per gravidanza (elevate a n.6 per gravidanza a rischio)

Amniocentesi o villocentesi, Harmony test, Prenatal Safe: per le donne di età uguale o maggiore di 35 anni, tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione, mentre 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.

(Amniocentesi o villocentesi sono previste anche nelle prestazioni "Alta specializzazione")

### B.5.3 Supporto psicologico post parto

In Network: massimale ILLIMITATO

Fuori Network: massimo € 36,00 per visita

Massimo di 3 visite psicologiche. Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura)

Tickets: rimborso 100%

## C. FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA

da Infortunio, post ricovero e malattia

Estesa la garanzia anche a Trattamenti Osteopatici, Agopuntura e Cure Termali

### C.1 Post infortunio:

In Network: massimale 500,00 euro con scoperto del 30%

Fuori Network: massimale 250,00: scoperto del 30% e 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Diretta domiciliare: scoperto del 30% e franchigia di 20,00 euro per prestazione

Ticket: Rimborso 100%

### C.2 Post intervento:

In Network: massimale 500,00 euro con scoperto del 30%

Fuori Network: massimale 250,00 con scoperto del 30%

Diretta domiciliare: scoperto del 30% e 20,00 euro per prestazione

Ticket: Rimborso 100%

### C.3 Malattia:

In Network: massimale 500,00 euro con scoperto del 30%

Fuori Network: massimale 250,00: scoperto del 30% e 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Diretta domiciliare: scoperto del 30% e 25,00 euro per prestazione

Ticket: Rimborso 100%

Le prestazioni devono essere effettuate solo nei Centri Medici da:

- Medico specialista

- 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 fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge), 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 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)

## D. ODONTOIATRIA

### D.1 Cure dentarie:

- Cure odontoiatriche (compresa la parodontologia)
- Terapie conservative
- Protesi su elementi trattati chirurgicamente (non sono riconosciute in caso di edentulia ed in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti)

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza. È necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato in corso di validità della polizza, mentre l'Assicurato era in copertura e comunque non oltre il limite di 12 mesi.

- Terapie canalari

Massimale in network → € 2.000,00 con scoperto del 35%

Rimborso/SSN → massimale 400,00 euro condiviso con la Visita odontoiatrica e igiene orale

Rimborso → scoperto del 25%

Ticket → rimborso 100% (massimale in condivisione di 400,00 euro della forma indiretta)

## D.2. VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

**Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare**

In Network → massimale ILLIMITATO

Fuori Network → scoperto del 25% - 45,00 euro anno/persona  
(in condivisione con il massimale di 400,00 euro Cure Dentarie)

Ticket → Rimborso del 100% (in condivisione con il massimale di 400,00 euro Cure Dentarie forma indiretta)

### D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE DEL TARTARO

Una volta l'anno per ciascuna persona appartenente al Nucleo Familiare

In Network → massimale ILLIMITATO

Fuori Network → 45,00 euro anno/persona

Ticket → rimborso 100%

### Sigillatura denti figli minorenni

In Network → Illimitato

Fuori Network → non più di 2 denti anno/persona  
con un massimo rimborso annuo per ciascun dente di Euro 40,00

Tickets → rimborso 100%

## D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)

### Interventi chirurgici odontoiatrici

In Network → massimale € 2.000,00 con scoperto del 35%

Tickets → rimborso 100%

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerazione tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche gli interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purché sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico.

# ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)



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

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

### *radiografie e referti radiologici per:*

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

### *radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie per:*

- odontoma;
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- adamantinoma;
- neoplasie ossee;
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici



## E. PACCHETTI PREVENZIONE

Si possono eseguire 1 volta ogni due anni a nucleo familiare.

Si considera l'utilizzo nell'anno 2023

## E.1.1 PREVENZIONE BASE

### Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare

Esami del sangue

Esami del sangue: GAMMA GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES

Urine

Feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 e 69 anni di età compiuti)

Elettrocardiogramma di base

Massimale

In rete → illimitato con scoperto del 20%

Fuori rete → 80,00 euro con scoperto del 20%

## E.1.2. MONITORAGGIO PATOLOGIE TIROIDEE

---

<b>Prestazioni</b>	Visita endocrinologica, TSH, FT3, e FT4
<b>Massimale</b>	<b>In Network:</b> massimale illimitato con scoperto del 20% <b>Fuori Network:</b> 50,00 euro a pacchetto con scoperto del 20%
<b>Limitazioni/Note</b>	Da effettuarsi 1 volta ogni 2 anni a nucleo familiare

### E.1.3. SOVRACCARICO FUNZIONALE

---

<b>Prestazioni</b>	Visita fisiatrica o osteopatica
<b>Massimale</b>	<b>In Network:</b> massimale illimitato con scoperto del 20% <b>Fuori Network:</b> 50,00 euro a pacchetto con scoperto del 20%
<b>Limitazioni/Note</b>	Da effettuarsi 1 volta ogni 2 anni a nucleo familiare

## E.1.4 SINDROME METABOLICA

---

- L'Assicurato compila il questionario accedendo alla propria Area riservata ([www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it)). Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.
- Una volta l'anno/ogni 6 mesi
- Massimale in network → illimitato con scoperto del 20%
- Massimale fuori network → 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro a pacchetto in caso di sindrome metabolica conclamata) con scoperto del 20%

## E.2 PREVENZIONE DONNA

---



### E.2.1

#### **Pacchetto A (in alternativa al pacchetto B)**

Donne oltre 24 anni

- Visita ginecologica + pap test (1v. ogni 2 anni)

#### **Pacchetto B (in alternativa al pacchetto A)**

Donne tra 21 e 24 anni

- Visita ginecologica + pap test (1v. ogni 2 anni)

Donne oltre i 30 anni

- Visita ginecologica +TEST HPV (papilloma virus) (1 v. ogni 3 anni)

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

Donne tra 40 e 49 anni

- Visita senologica (1v. ogni 2 anni)
- Mammografia (1 v. ogni 2 anni)

## E.2 PREVENZIONE DONNA

---



(segue pacchetto C)

Donne oltre i 50 anni

- Mammografia (1 v. ogni due anni)

Donne senza limiti di età

- Ecografia transvaginale

**Assistenza diretta:** massimale illimitato con scoperto del 20%

**Regime rimborsuale:** massimale 80,00 euro con scoperto del 20%

*Il pacchetto «visita ginecologica + Test HPV» può essere eseguito una volta 1 volta nel triennio*

## E.2.2 PACCHETTO DONNA

---



### Donne tra i 30 e i 39 anni

- Ecografia mammaria bilaterale

1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del nucleo familiare (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023)

**In network** → massimale illimitato con lo scoperto del 20%

**Fuori Network** → 36 euro a pacchetto con scoperto del 20%

## E.3. PACCHETTO UOMO

---



### E.3.1 Pacchetto Uomo

Può essere eseguito una volta ogni 2 anni dall'Assicurato o da un componente del Nucleo familiare (che l'avesse fatto nel 2023 lo potrà rifare nel 2025)

#### Uomo oltre 21 anni

- Visita cardiologica
- Ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni)

#### Uomo oltre 50

- Psa
- Rettosigmoidoscopia (può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo)

#### Uomo senza limiti di età

- Visita urologica
- Ecografia prostatica (ecografia trans rettale)

**In network** → massimale illimitato con scoperto del 20%

**Fuori network** → 80 euro a pacchetto con scoperto del 20%

### E.3.2. PREVENZIONE CANCRO ALLA PROSTATA

---



<b>Prestazioni</b>	<p>Pacchetto per prevenzione del cancro alla prostata:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• PSA FREE</li><li>• 2 PRO PSA</li></ul>
<b>Massimale</b>	<p><b>In Network:</b> massimale illimitato con scoperto del 20% <b>Fuori Network:</b> 50,00 euro a pacchetto con scoperto del 20%</p>
<b>Limitazioni/Note</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• In aggiunta al pacchetto uomini over 50 anni</li><li>• Da effettuarsi 1 volta ogni 2 anni (chi lo avesse eseguito nel 2023 potrà eseguirlo nel 2025).</li></ul>

# F. INVALIDITÀ PERMANENTE

## F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE

### per patologie o infortuni insorti anche precedentemente all'attivazione della copertura sanitaria 1/2

#### Prestazioni previste per l'invalidità INAIL (tutte le percentuali) e invalidità INPS tra il 91 e il 100%

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

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

## F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE

### per patologie o infortuni insorti anche precedentemente all'attivazione della copertura sanitaria 1/2

---

#### Prestazioni previste per l'invalidità certificata dall'INPS tra l'80 ed il 90%

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

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

## F.1. INVALIDITÀ PERMANENTE

per patologie o infortuni insorti anche precedentemente all'attivazione della copertura sanitaria 2/2

<b>Massimale</b>	<p>invalidità permanente (da malattia o infortunio) certificata dall'INAIL</p> <p>Plafond di spesa una tantum In Network e Fuori Network:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 24% e 33%: massimale € 7.000,00</li><li>- &gt;34% e 66%: massimale € 10.000,00</li><li>- &gt;67% e 100%: massimale € 15.000,00</li></ul> <p>Invalità per patologia certificata dall'INPS di grado uguale o superiore all'80% (a fronte della sussistenza dei presupposti di cui sopra)</p> <p>Plafond di spesa una tantum In Network e Fuori Network una volta ogni 2 anni</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- tra 80% e 90%: massimale € 8.000,00</li><li>- tra 91% e 100%: massimale € 10.000,00</li></ul>
<b>Scoperti/Franchigie</b>	NO
<b>Limitazioni/Note</b>	<p>La copertura comprende patologie o infortuni insorti anche precedentemente all'attivazione della copertura sanitaria.</p> <p><b>Il rimborso UNA TANTUM dovrà essere richiesto solo 1 volta durante il triennio</b></p>

# G. ALTRE PRESTAZIONI

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

### Prestazioni

- Ernia inguinale
- Vene varicose
- Fimosi
- Fistole anali
- Dito a scatto
- Intervento per tunnel carpale
- Intervento per alluce valgo
- Intervento per varicocele
- Intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale
- Idrocele
- Neuroma di Morton
- Orchidopessi
- Ragade anale
- Dacriocistorinostomia
- Intervento di cataratta

### Massimale

In Network → € 1.500,00 ad evento con scoperto del 35%  
Fuori Network → € 1.500,00 ad evento con scoperto del 35%  
Tickets → rimborso 100% fino al massimale di 1.500,00 euro

E' riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno

## G.2 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (tutte le tecniche)

---

<b>Prestazioni</b>	Procreazione medicalmente assistita (PMA): <ul style="list-style-type: none"><li>• prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA</li><li>• trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata</li></ul>
<b>Massimale</b>	<b>In Network:</b> € 700,00 <b>Fuori Network:</b> € 500,00
<b>Note</b>	La garanzia è operante per tutti gli assicurati

## G.3 TRISOMIA 21 – SINDROME DI DOWN

---

<b>Prestazioni</b>	<p>TRISOMIA 21 - Sindrome di down (figli del titolare capo nucleo)</p> <p>In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, si prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.</p>
<b>Massimale</b>	<p><b>€ 1.000,00 anno/neonato</b></p>

## G.4 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE 1/2

<b>Prestazioni</b>	<p>Visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica</p> <p>E' garantito il risarcimento di in ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia a seguito di insorgenza di una grave malattia oncologica</p>
<b>Massimale</b>	<p><b>In Network:</b> € 350,00 in comune con “visite psicologiche/psichiatriche per anoressia/bulimia adolescenziale”</p> <p><b>Fuori Network:</b> € 250,00 in comune con “visite psicologiche/psichiatriche per anoressia/bulimia adolescenziale”</p>
<b>Scoperti/Franchigie</b>	<p><b>In Network:</b> nessuno scoperto</p> <p><b>Fuori Network:</b> massimo € 36,00 a visita</p> <p><b>Tickets:</b> coperto al 100%</p>

## G.4 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE 2/2

<b>Prestazioni</b>	<p>Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia adolescenziale</p> <p>E' garantito il risarcimento di in ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia/psichiatria per anoressia o bulimia adolescenziale</p>
<b>Massimale</b>	<p><b>In Network:</b> € 350,00 in comune con “visite psicologiche/psichiatriche a seguito di grave malattia oncologica”</p> <p><b>Fuori Network:</b> € 250,00 in comune con “visite psicologiche/psichiatriche a seguito di grave malattia oncologica”</p>
<b>Scoperti/Franchigie</b>	<p><b>In Network:</b> nessuno scoperto</p> <p><b>Fuori Network:</b> massimo € 36,00 a visita</p> <p><b>Tickets:</b> coperto al 100%</p>

## G.5 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

---

<b>Massimale</b>	€ 100,00
<b>Scoperto</b>	<b>In Network</b> → nessuno scoperto <b>Fuori Network</b> → max 20,00 euro a seduta <b>Tickets</b> → coperto al 100%

## H. PRESTAZIONI SOCIALI

(solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)

	Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili
	Indennizzo annuo forfettario di € 750,00 per Nucleo Familiare innalzato a € 1.000,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito.
<b>Note</b>	<p>Prestazione riconosciuta a favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999).</p> <p>Per i minori ci sono 3 classificazioni: lieve (non è prevista); media (è necessaria una descrizione del medico del tipo di invalidità); grave (riconosciuta).</p> <p>Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria. Spese per servizi di assistenza.</p>

Grazie per  
l'attenzione