

Fondo mètaSalute – INFORMATIVA AGLI ISCRITTI

NUOVA PROCEDURA VOUCHERSALUTE®

Gentile Iscritto/a,

desideriamo informarLa che RBM Assicurazione Salute/Previmedical – in accordo con mètaSalute- ha introdotto una nuova procedura autorizzativa, denominata “**VoucherSalute®**”, al fine di rendere più semplice e veloce il rilascio dell’autorizzazione necessaria ad effettuare tutte le **prestazioni sanitarie, comprese quelle odontoiatriche, erogate in regime di assistenza diretta.**

Il nuovo modello entrerà in vigore il prossimo **18 febbraio 2019** e sostituirà l’attuale procedura di richiesta di autorizzazione.

Cosa è il VoucherSalute®?

Si tratta di una **autorizzazione valida 30 giorni** dal rilascio che, una volta emessa dalla Compagnia Assicurativa, permetterà all’Iscritto di contattare direttamente la struttura convenzionata che ha scelto per fissare un appuntamento ed effettuare la prestazione sanitaria di cui necessita. La data dell’appuntamento, quindi, sarà concordata in autonomia dall’Iscritto che ha ricevuto il VoucherSalute® con la struttura sanitaria prescelta. E’ importante ricordare che l’iscritto prima di prendere l’appuntamento con la struttura sanitaria deve avere già ottenuto il VoucherSalute®.

Come funziona il VoucherSalute®?

L’Iscritto potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® attraverso i seguenti canali:

- **App Mobile mètaSalute;**
- **Area Riservata** (cliccando sul tasto “Assicurazione” e, successivamente, su “Richiesta VoucherSalute®”);
- **Centrale Operativa** (Numero Verde gratuito **800.99.18.15¹**).

All’atto della richiesta del VoucherSalute®, compatibilmente con le disponibilità territoriali, verranno proposte 3 strutture convenzionate in grado di garantire l’impegno all’effettuazione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

L’Iscritto potrà scegliere di accettare il suggerimento in merito alla struttura e, in tal caso, richiedere l’emissione del VoucherSalute® o, in alternativa, potrà attivare la ricerca di un’ulteriore struttura di sua libera scelta nell’ambito della totalità del Network sanitario. In quest’ultimo caso non è garantita da parte della Centrale Operativa l’esecuzione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

¹ Il canale telefonico può essere utilizzato solo per prestazioni diverse rispetto a quelle previste nei Capitoli “Prevenzione” e “Odontoiatria” per le quali, invece, è necessario richiedere il rilascio del VoucherSalute® esclusivamente via web.

Il VoucherSalute® verrà rilasciato **entro 7 giorni di calendario dalla richiesta**. Dall'ottavo giorno, in caso di mancata emissione, sarà possibile sollecitare il rilascio del VoucherSalute® accedendo alla propria Area Riservata o utilizzando la App Mobile mètaSalute.

Il VoucherSalute® avrà **validità di 30 giorni²** a decorrere dalla sua emissione, durante i quali l'Isritto dovrà **effettuare la prestazione sanitaria richiesta**.

A decorrere dal 20esimo giorno dalla sua emissione - ed entro un massimo di 7 giorni di calendario dalla scadenza del VoucherSalute® - sarà resa disponibile, **tramite la propria Area Riservata o l'App Mobile e senza necessità di allegare nuovamente la documentazione già trasmessa**, la funzione di **RINNOVO** immediato del VoucherSalute® per ulteriori **due volte**, quindi, con una finestra complessiva di validità di **90 giorni²**.

Quale documentazione occorre per richiedere il VoucherSalute®?

Per effettuare la richiesta è necessario essere in possesso della **prescrizione medica**, fatta eccezione per i pacchetti prevenzione (ad esclusione della "Prevenzione terziaria" e degli eventuali screening di secondo livello previsti dalla garanzia "monitoraggio delle patologie tiroidee") e per la prima visita odontoiatrica e/o seduta di igiene orale, e della documentazione sanitaria ulteriore specificata all'interno del proprio Piano Sanitario.

Per quali prestazioni sanitarie è possibile richiedere il VoucherSalute®?

La procedura del VoucherSalute® troverà applicazione per **TUTTE** le prestazioni del Piano Sanitario di riferimento dell'Isritto erogabili con il regime della forma diretta presso le strutture convenzionate con RBM Salute/Previmedical.

Si ricorda che per i ricoveri permane, comunque, la verifica preliminare di convenzionamento dell'équipe medica già operativa nella procedura in essere.

Cosa cambia rispetto all'attuale procedura di richiesta di autorizzazione?

A differenza dell'attuale procedura di autorizzazione, **il VoucherSalute® è emesso PRIMA di aver fissato l'appuntamento**, consentendo all'Isritto, una volta ricevuto il VoucherSalute®, di muoversi in autonomia ed organizzare al meglio i propri impegni.

Si ricorda, pertanto, che i VoucherSalute® richiesti dall'Isritto **DOPO** aver fissato l'appuntamento con la struttura sanitaria prescelta non potranno essere autorizzati dalla Compagnia Assicurativa.

² Fatta eccezione per i casi in cui sia prossima la scadenza della copertura dell'Isritto o in caso la polizza preveda alcune limitazioni temporali. Nei suddetti casi la validità del VoucherSalute® è condizionata ai minori giorni che residuano rispettivamente alla scadenza della copertura o al raggiungimento del limite previsto dalla garanzia.

Come posso annullare il VoucherSalute®?

Qualora ci fosse la necessità di annullare il VoucherSalute® emesso, l'Isritto potrà attendere la scadenza della sua validità (30 giorni) o, in alternativa, potrà chiederne l'annullo contattando telefonicamente la Centrale Operativa al Numero Verde gratuito 800.99.18.15.

Siamo fortemente convinti che, attraverso l'adozione dei VoucherSalute®, si renderà più efficiente il processo di autorizzazione delle prestazioni sanitarie e che ciò determinerà uno snellimento della procedura relativa all'appuntamento da concordare con la struttura convenzionata nonché un significativo miglioramento della qualità del servizio erogato in Suo favore.

Al fine di permettere una più approfondita conoscenza delle novità procedurali sopra descritte, alleghiamo alla presente la Guida all'utilizzo delle prestazioni sanitarie.

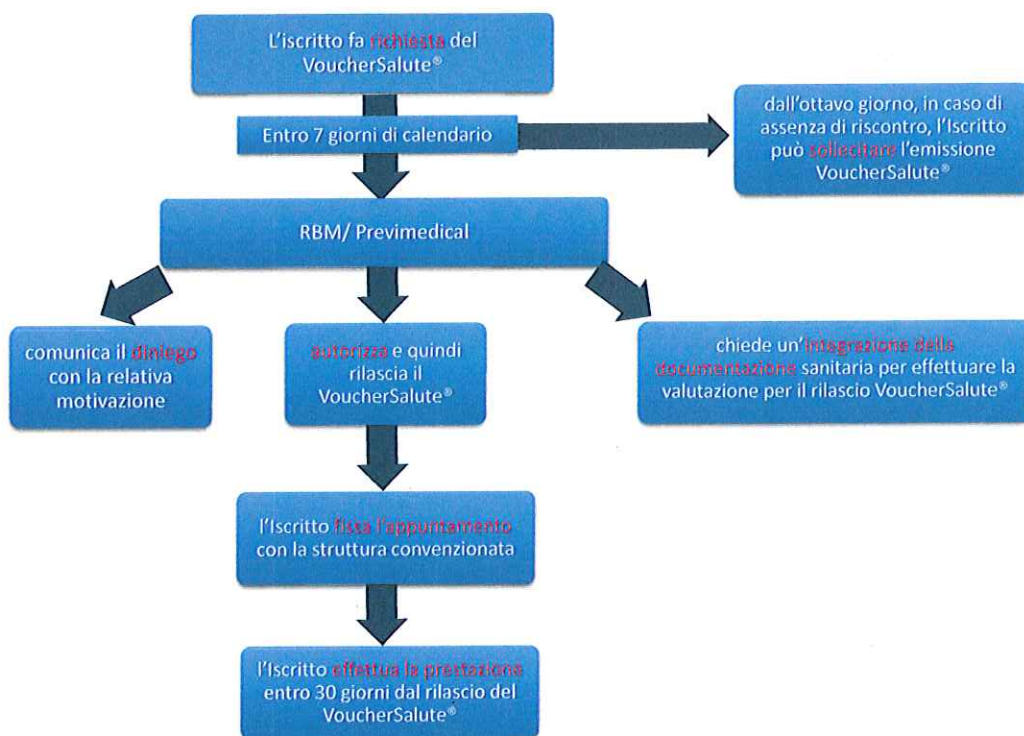
Le ricordiamo, in ultimo, che la procedura VoucherSalute® sarà l'unica procedura autorizzativa da seguire a decorrere dal 18 febbraio 2019.

Con i più cordiali saluti

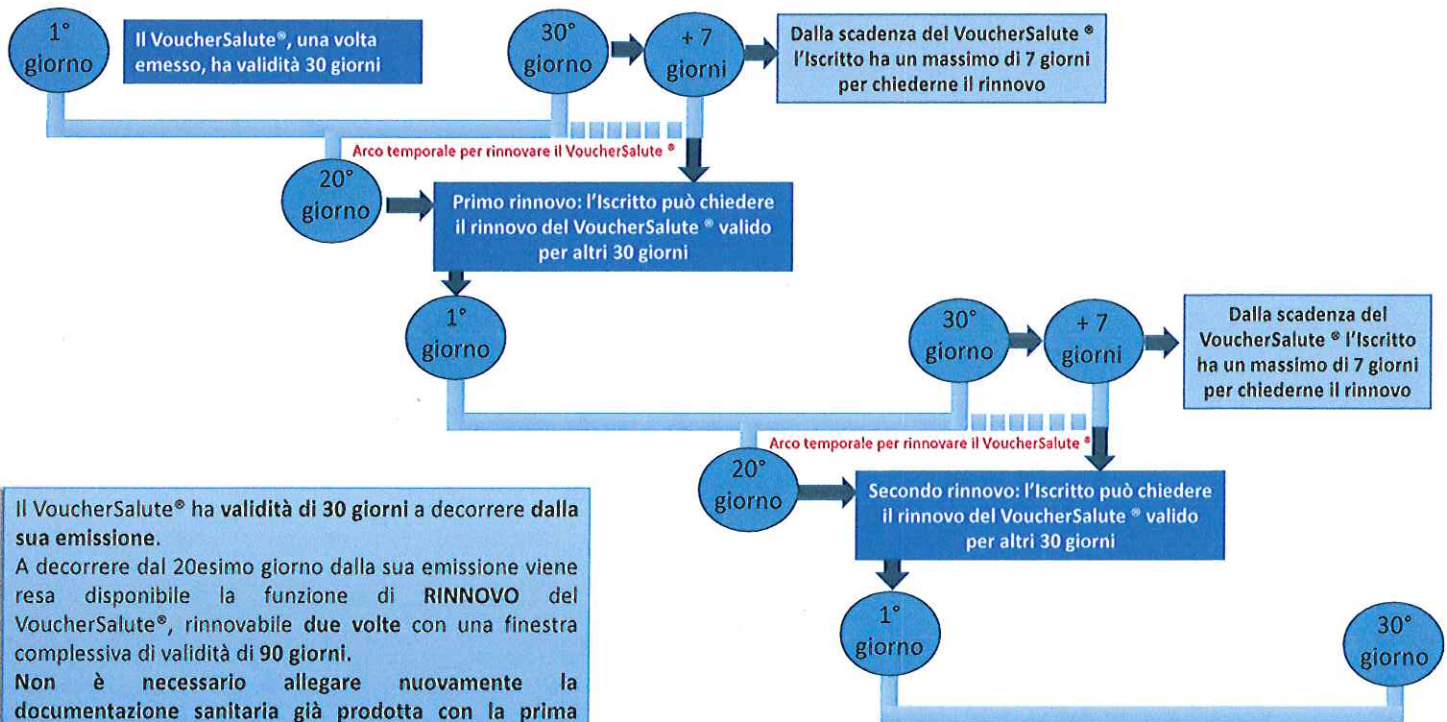
Fondo mètaSalute

Allegati:

1. Procedura VoucherSalute®;
2. Guida all'utilizzo delle Prestazioni Sanitarie.



VoucherSalute® — Procedura di rinnovo



mèta *Salute*

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

CHI PUO' ESSERE INSERITO IN PIATTAFORMA?

- LAVORATORI A TEMPO INDETERMINATO, NON IN PROVA, COMPRESI PART-TIME E DOMICILIO;
- APPRENDISTATO
- LAVORATORI A TEMPO DETERMINATO DI DURATA NON INFERIORE A 5 MESI CONTINUATIVI
- ASPETTATIVA PER MALATTIA
- CONGEDO PARENTALE
- SOSPENSIONE DURANTE LA QUALE È CORRISPOSTA RETRIBUZIONE E/O INDENNITA' A CARICO DELL'ISTITUTO PREVIDENZIALE
- CIG IN DUTTE LE SUE TIPOLOGIE
- LAVORATORI DISTACCATI ALL'ESTERO QUALORA IL LAVORTORE E/O I FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO NON GODANO DI UNA POLIZZA SANITARIA PREDISPOSTA DALL'AZIENDA
- NASPI A SEGUITO DI LICENZIAMENTO COLLETTIVO O GIUSTIFICATO MOTIVO OGGETTIVO, IN TAL CASO LA CONTRIBUZIONE SARA' DOVUTA PER UN PERIODO DI 12 MESI E DOVRA' ESSERE VERSATA CON MAV IN UN'UNICA SOLUZIONE ALL'ATTO DELLA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (MANUALE DELLA PROCEDURA PER NASPI). I LAVORATORI IN NASPI NON DEVONO MAI ESSERE MESSI FUORI COPERTURA MA IL LORO STATO DEVE ESSERE SEMPRE **in copertura con naspi**. L'AZIENDA DOVRA' SEMPRE PROVVEDERE A INSERIRE NELL'APPOSITA SEZIONE "LISTA NASPI" I LAVORATORI CHE NE AVRANNO DIRITTO, NON E' SUFFICIENTE PAGARE LA CONTRIBUZIONE

E' FACOLTA' DELL'AZIENDA ESTENDERE IL PERIODO DI COPERTURA DELLA NASPI FINO AD UN MASSIMO DI 24 MESI.

INSERIMENTI

VERRANNO PRESI DALL'UNIEMENS: ECCEZIONE IL CASO IN CUI UN LAVORATORE PROVENGA GIÀ DALLA COPERTURA DEL FONDO E NON SIANO PASSATI 4 MESI DALLA DATA DELLA PRECEDENTE RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO: AL FINE DI GARANTIRGLI LA CONTINUITÀ DELLE PRESTAZIONI L'AZIENDA DEVE INSERIRE MANUALMENTE IL LAVORATORE IN PIATTAFORMA COSICCHE' LE PRESTAZIONI E LA CONTRIBUZIONE POSSANO PARTIRE DAL 1 DEL MESE SUCCESSIVO.

NEL CASO IL NOMINATIVO SIA INDICATO NELL'UNIEMENS LA CONTRIBUZIONE E' DOVUTA DAL MESE IN CUI SI ASSUME IL LAVORATORE E LE PRESTAZIONI PARTIRANNO IL 1 DEL QUINTO MESE SUCCESSIVO (X ESEMPIO: SE ASSUMO UN LAVORATORE NEL MESE DI OTTOBRE, QUESTI SARA' PRESENTE NELL'F24, E RELATIVO UNIEMENS, DI NOVEMBRE).

SEGNALAZIONI IN CASO DI INSERIMENTO DEI LAVORATORI:

1. IL CODICE FISCALE E' GIA' PRESENTE: NON COSTITUISCE ERRORE CHE POSSA PRECLUDERE L'INSERIMENTO
2. IL LAVORATORE HA GIA' UN RAPPORTO DI LAVORO: QUESTO PUO' SIGNIFICARE CHE:
 - L'AZIENDA PRECEDENTE NON HA ANCORA CHIUSO LA POSIZIONE DEL LAVORATORE
 - LA DATA INSERITA NON E' CONGRUA CON LA DATA INSERITA DALL'AZIENDA PRECEDENTE NELLA CHIUSURA DEL RAPPORTO DI LAVORO (IN QUESTI DUE CASI DEVE ESSERCI SEGNALATA L'ANOMALIA)

CESSAZIONE DELL'ADESIONE

L'AZIENDA DEVE INSERIRE LE CESSAZIONI IN PIATTAFORMA NEL MESE IN CUI AVVIENE LA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO; TALE DATO NON PUO' ESSERE PRESO DALL'UNIEMENS.

ASSEGNAZIONE PIANI SANITARI

PER IL 2019, SE L'AZIENDA HA SOLO 1 PIANO SANITARIO, NON CI SARA' PIU' BISOGNO DELL'ATTRIBUZIONE DEI PIANI SANITARI INVECE, SE L'AZIENDA HA PIU' OPZIONI DI PIANI INTEGRATIVI DOVRA' SEMPRE ATTRIBUIRE PER OGNI LAVORATORE UNO DEI PIANI PRESCELTI.

FINESTRA PER INSERIMENTO, DA PARTE DEL LAVORATORE, DEI FAMILIARI NON FISCALMENTE A CARICO:

DAL 1 AL 30 NOVEMBRE SARA' POSSIBILE INSERIRE I FAMILIARI NON FISCALMENTE A CARICO (LA FISCALITA' E' SEMPRE RIFERITA ALL'ANNO PRECEDENTE).

QUESTA FINESTRA E' PERENTORIA AL FINE DI POTER GARANTIRE LE PRESTAZIONI AL FAMILIARE PAGANTE, DAL 1 GENNAIO 2020.

INVECE, I FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO, POTRANNO ESSERE INSERITI IN QUALSIASI MOMENTO DELL'ANNO E LE PRESTAZIONI SARANNO GARANTITE DAL 1 DEL MESE SUCCESSIVO.

PROCEDURA DI PROVENIENZA DA ALTRA FORMA SANITARIA

SE L'AZIENDA, PROVENIENTE DA ALTRA POLIZZA SANITARIA, DECIDE DI ENTRARE IN COPERTURA CON IL **FONDO METASALUTE**, DOVRA' 30 GIORNI PRIMA DELL'ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI (CHE PARTONO SEMPRE CON LA REGOLA: DAL 1 DEL MESE SUCCESSIVO), REGISTRARSI IN PIATTAFORMA ED INSERIRE L'UNIEMENS MANUALMENTE E, SEGUENDO LA PROCEDURA INDICATA NELL'APPOSITO MANUALE IMPORTAZIONE UNIEMENS, RISPONDERE ALLA DOMANDA "L'AZIENDA PROVIENE DA ALTRA FORMA DI ASSISTENZA SANITARIA" **SI** , SEGUENDO QUESTA PROCEDURA I LAVORATORI VERRANNO MESSI DIRETTAMENTE IN COPERTURA SENZA SCONTARE LA CARENZA.

(Esempio: se i dipendenti devono entrare in copertura dal 01/06/2019 l'Azienda, seguendo la procedura indicata, dovrà registrarsi e iscrivere i dipendenti ad Aprile).

FLEXIBLE BENEFIT

LA DESTINAZIONE DEL **FLEXIBLE BENEFIT** AL FONDO **MÉTASALUTE** AL FINE DI ADERIRE, PER IL 2019, AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO D, DOVRA' ESSERE FATTA, PERENTORIAMENTE, NEL MESE DI MAGGIO E POTRA' ESSERE EFFETTUTA SOLO DAI LAVORATORI CHE SONO INSERITI NEL PIANO BASE.

LE DATE DI APERTURA E CHIUSURA DELLA FINESTRA PER POTER ATTIVARE LA SCELTA, CHE DOVRA' ESSERE COMUNICATA DAL LAVORATORE ALL'AZIENDA, SARANNO INDICATE DAL FONDO TRAMITE CIRCOLARE MASSIVA E POP UP MESSO NELLA HOME PAGE DEL SITO DEL FONDO.

IL LAVORATORE CHE AVRA' EFFETTUATO LA SCELTA ED AVRA', CON IL PIANO BASE, INSERITO IL FAMILIARE NON FISCALMENTE A CARICO IN CONDIVISIONE CON I MASSIMALI DOVRA', OBBLIGATORIAMENTE, VERSARE, TRAMITE MAV E NEI TEMPI STABILITI (IL 7 GIUGNO), LA DIFFERENZA DI EURO 221,67 (529,00 - 149,00 : 12 x 7). SE, INVECE, IL FAMILIARE E' STATO INSERITO CON IL MASSIMALE AUTONOMO, PUO' RIMANERE IN COPERTURA CON IL PIANO BASE. L'ESTENSIONE DELLA COPERTURA AL **PIANO D** PER I FAMILIARI PAGANTI TERMINA IL 31 DICEMBRE 2019.

IL LAVORATORE HA L'OBBLIGO DI RIMANERE SUL PIANO FLEX DAL 01/06/2019 AL 31/05/2020.

PER I FAMILIARI PAGANTI LA COPERTURA SARA' GARANTITA PER TUTTO L'ANNO SOLARE ANCHE SE IL LAVORATORE DOVESSE AVERE UNA RISOLUZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO.

MENTRE, SE IL LAVORATORE CHE HA OPTATO PER LA SCELTA DEL FLEXIBLE BENEFIT, DOVESSE CAMBIARE AZIENDA, IL PIANO D SI ANNULLERA' E LA NUOVA AZIENDA DOVRA', PER LA DIFFERENZA RESIDUA E A SECONDA DELLA SCELTA DEL LAVORATORE, VERSARE L'IMPORTO A GARANZIA DI ALTRA PRESTAZIONE PREVISTA DALLA PIATTAFORMA WELFARE.

AREA SALDO AZIENDA

DETTAGLIO SALDO PER COMPETENZA

Lista Saldi > Dettaglio Saldo 2018/09

Lista Movimenti 2018/09

Differenze	Competenza	Matricola Inps	Data Operazione	Tipo	Pagato	Dovuto
	set-18	0000000000	22-10-2018	F24	€ 1.391,00	
	set-18	0000000000	31-10-2018	UNIEMENS		€ 1.391,00
			Totale		€ 1.391,00	€ 1.391,00
Differenze					Dovuto Calcolato Piattaforma	€ 1.404,00

Ricerca

Matricola Inps

Tipologia

TUTTI

Data Operazione

Da

A

Annulla Filtri

ESTRATTO CONTO PAGAMENTI

AREA SALDO AZIENDA

DETTAGLIO SALDO PER COMPETENZA

Lista Saldi > Dettaglio Saldo 2018/09 > Differenze Piattaforma/Uniemens

Dipendenti in Piattaforma non presenti in Uniemens - 2018/09

10 ▾ << < 1-1 of 1 > >>

CF ◇ Nome ◇ Cognome ◇

MARIO ROSSI

€ 13,00

Nessun dipendente in uniemens non presente in piattaforma

Importo ◇

CF ◇

Nome ◇

Cognome ◇

Importo ◇

Dipendenti Uniemens non presenti in Piattaforma - 2018/09

10 ▾ << < 0-0 of 0 > >>

ESTRATTO CONTO PAGAMENTI


DETTAGLIO SALDO PER PAGAMENTO

PROCEDURA DI SOSPENSIONE

SE L'AZIENDA NON VERSA LA CONTRIBUZIONE, IL FONDO INVIERA' UNA LETTERA INDICANDO IL PERIODO PER IL QUALE SI RICHIEDE LA CONTRIBUZIONE E LA MODALITA' DI PAGAMENTO CHE, IN QUESTO SPECIFICO CASO, DOVRA' ESSERE TRAMITE MAV O BONIFICO BANCARIO (IL NUMERO DI IBAN E' INDICATO NELLA LETTERA). L'AZIENDA HA 10 GIORNI PER POTERSI METTERE IN REGOLA.

AL TERMINE DI QUESTO PERIODO VERRA' INVIATA LA LETTERA DI SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI SIA ALL'AZIENDA CHE AI LAVORATORI. DOPO IL PAGAMENTO DA PARTE DELL'AZIENDA SERVIRANNO 15 GIORNI LAVORATIVI PER POTER RIATTIVARE, RETROATTIVAMENTE, LE PRESTAZIONI.

Grazie per
l'attenzione



meta salute

Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

PIANO BASE 2018

PREMIO/ASSICURATI (NUCLEO FAMILIARE)

Assicurati
(Nucleo Familiare)

- Lavoratore
- Coniuge/Convivente di fatto/unito civilmente fiscalmente a carico
- figli fiscalmente a carico, senza limiti di età
- figli fiscalmente NON a carico PURCHE' conviventi
- figli fiscalmente NON a carico e NON conviventi se regolarmente iscritti a corsi universitari fuori sede e di età inferiore ai 30 anni

continua...

PREMIO/ASSICURATI (NUCLEO FAMILIARE)

Assicurati (Nucleo Familiare)	<p>A fronte del pagamento del relativo premio:</p> <ul style="list-style-type: none">● il coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato● i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, commi 36-65)● i figli non conviventi di lavoratore dipendente iscritto affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge <p>In caso di adesione dei familiari rientranti nella definizione di nucleo non fiscalmente a carico è obbligatorio inserire tutti i componenti del nucleo</p>
----------------------------------	--

ALTRE CONDIZIONI

- **Garantite regole assuntive (NO Questionario Medico ed inclusione delle malattie preesistenti (anche in relazione alla copertura per Invalidità Permanente))**
- Disponibilità a rimborsare i ticket anche in assenza della fotocopia della prescrizione medica
- 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 (ovvero copertura al 100%). 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

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO: NUMERO GIORNI PRE E POST

Numero di Giorni «Pre» e «Post» ricovero

- In Network: giorni ILLIMITATI
- Fuori Network: giorni ILLIMITATI
- SSN/INTRAMOENIA: giorni ILLIMITATI

non è più previsto il limite di 120 giorni

NEONATI – RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO

- La garanzia A.1 Ricoveri per intervento chirurgico (presenti nell'All. 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.

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO: NUMERO GIORNI PRE E POST

Per il ricovero con intervento chirurgico si possono utilizzare:

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

INDENNITA' SOSTITUTIVA

strutture del SSN -> in questo caso si può richiedere indennità sostitutiva pari a 100,00 euro al giorno per un massimo di 150 giorni di ricovero

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La Società prevede, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni a seguito di intervento chirurgico previsto dal piano sanitario, la copertura per i servizi di ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica.

Massimale in network: 20.000,00/annuo per nucleo familiare
Fuori network: 10.000,00/annuo per nucleo familiare

DIARIA DA CONVALESCENZA

La Società prevede, per un periodo di 100,00 euro al giorno per un max di 20 giorni, per anno associativo e a seguito di intervento chirurgico previsto dal piano sanitario, la possibilità di richiedere tale indennizzo solo se è certificata l'inabilità totale temporanea.

continua...

**RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO:
NUMERO GIORNI PRE E POST**

MONITORAGGIO DOMICILIARE DEL PAZIENTE NEL PRE/POSTO RICOVERO E LUNGODEGENZA

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

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

- Pressione arteriosa/cuore
- Ossigeno (O2) e saturazione del sangue
- Peso corporeo

La garanzia è prevista solo in network.

Altre prestazioni previste:

Retta di degenza dell'accompagnatore

Trasporto in ambulanza (sia per ricovero con intervento chirurgico previsto dal piano)

PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

Prestazioni	Visite specialistiche, Alta specializzazione e accertamenti diagnostici
<p>Massimale</p>	<p>In Network: massimale ILLIMITATO condiviso con le garanzie “Visite Specialistiche”, “Alta Specializzazione”, “Ticket per accertamenti diagnostici” e “Accertamenti Diagnostici”.</p> <p>Fuori Network: € 20.000,00 condiviso con “Visite Specialistiche*”, “Alta Specializzazione”, “Ticket per accertamenti diagnostici” e “Accertamenti Diagnostici”</p> <p>Massimo di € 55,00 a visita/ciclo di terapia; € 36,00 per accertamenti diagnostici</p> <p>Tickets: 100%</p> <p>*Integrazione delle prestazioni di Alta Specializzazione es. amniocentesi, coronarografia, ecocardiogramma, holter pressorio, esame del fundus oculi, etc.</p>
<p>Scoperti/Franchigie</p>	<p>NO</p>

FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA da Infortunio, post ricovero, malattia

Prestazioni	Fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria da Infortunio Estesa la garanzia anche a Trattamenti Osteopatici, Agopuntura e Cure Termali
Massimale	<p>In Network: massimale ILLIMITATO, Post infortunio: Fuori Network: € 1.000,00 (massimo riconosciuto € 25,00 per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta) Post intervento: compreso nel massimale del singolo intervento (rimossi limiti temporali sulla risarcibilità delle prestazioni post intervento), quindi se effettuata in rete sarà illimitato, mentre se sarà effettuata nelle strutture non in network il massimale sarà quello previsto per ogni singolo intervento rientrante in copertura. Post malattia: Fuori Network: € 450,00</p> <p>Introduzione ulteriore regime di accesso: Diretta Domiciliare con garanzia di operatività su tutto il territorio nazionale (previsto un diritto di chiamata di € 20,00 per il post intervento e post infortunio e €25,00 per il post malattia)</p> <p>Tickets: 100%</p> <p>Il fisioterapista deve operare all'interno di un centro medico a meno che la prestazione non sia erogata da un soggetto vigilato da una direzione sanitaria</p>
Scoperti/Franchigie	NO

ODONTOIATRIA - 1/6

Prestazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Elenco prestazioni come da bando di gara (con precisazione dell'inclusione anche della paradontologia, già rientrante nel Nomenclatore del Fondo nella macro-categoria "Cure Odontoiatriche") • Alla prima visita odontoiatrica e igiene effettuata In Network consegna gratuita di uno spazzolino Bluetooth co-branded metaSalute con controllo automatizzato della regolarità di lavaggio, durata periodo di spazzolamento, monitoraggio denti non lavati, sistema di gaming/rewarding per minori. Lo spazzolino include una testina personalizzata per ogni componente del Nucleo Familiare
Massimale	<p>In Network: massimale ILLIMITATO</p> <p>Fuori Network: € 700,00</p> <ul style="list-style-type: none"> -max. €100,00 per Prestazioni ortodontiche -max. €100,00 per Cure odontoiatriche (compresa PARADONTOLOGIA) -max. €100,00 per Terapie conservative -max. €100,00 per Terapie dentarie - max. €100,00 per Protesi dentarie - max. €100,00 per Trattamento topico con fluoruro <p>Ticket 100% fino al massimale previsto – 700,00 euro (in tale massimale è previsto anche il rimborso del ticket per gli apparecchi ortodontici per adulti).</p>
Scoperti/Franchigie	NO

ODONTOIATRIA - 2/6
VISITA ODONTOIATRICA/PEDODONTICA E VISITA ODONTOIATRICA/PEDODONTICA E SEDUTA IGIENE ORALE/ABLAZIONE TARTARO

Prestazioni	Visita odontoiatrica/pedodontica e/o seduta igiene orale/ablazione tartaro
Massimale	<p>In Network: massimale ILLIMITATO aggiuntivo rispetto al massimale delle Prestazioni Odontoiatriche Fuori Network:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita odontoiatrica e/o seduta igiene orale/ablazione tartaro: € 700,00 condiviso con massimale Prestazioni Odontoiatriche (1 volta all'anno, massimo rimborso annuo per visita di controllo e igiene orale € 45,00 anno/persona. Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'assistito, il dentista convenzionato riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Compagnia provvederà ad autorizzarla e liquidarla) • Visita pedodontica e/o seduta igiene orale/ablazione tartaro: massimale ILLIMITATO aggiuntivo rispetto al massimale delle Prestazioni Odontoiatriche. 1 volta all'anno. • Tickets: 100%
Scoperti/ Franchigie	NO

ODONTOIATRIA – 3/6
SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORI

Prestazioni	Sigillatura Denti figli minori Inserimento della Sigillatura denti come garanzia autonoma ed aggiuntiva (rispetto a quella prevista nelle Prestazioni Odontoiatriche) dedicata ai figli minori
Massimale	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: 100%
Scoperti/Franchigie	NO

ODONTOIATRIA - 4/6

APPARECCHI ORTODONTICI FIGLI MINORI

Prestazioni	Apparecchi ortodontici figli minori Inserimento degli Apparecchi Ortodontici come garanzia autonoma ed aggiuntiva (rispetto a quella prevista nelle Prestazioni Odontoiatriche) dedicata ai figli minori
Massimale	In Network: € 350,00 (per 2 o più figli) La garanzia prevede l'erogazione di un contributo 1 volta ogni 3 anni per ciascun minore In Network: di € 250,00 (per 1 figlio) Fuori Network: di € 100,00 (per 1 figlio) e 50,00 per il secondo figlio minore Tickets: non previsto
Scoperti/ Franchigie	NO

ODONTOIATRIA - 5/6 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE D'URGENZA

<p>Prestazioni</p>	<p>Prestazioni Odontoiatriche d'urgenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica • Trattamento di pronto soccorso endodontico manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente per la riduzione risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica • Otturazione/ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato (massimo una volta l'anno). Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.
<p>Massimale</p>	<p>In Network: massimale ILLIMITATO (1 volta l'anno)</p>
<p>Scoperti/Franchigie</p>	<p>NO</p>
<p>Prestazioni</p>	<p>Medical Counseling Medical counseling telefonico di specializzazione tramite linea dedicata operativa 24h/24, 7gg/7, 365gg/anno</p>
<p>Scoperti/Franchigie</p>	<p>L'attivazione di questa procedura si ha nel caso in cui si utilizzi direttamente la struttura convenzionata, sempre previa comunicazione al call center di RBM che invierà un modulo da compilare che, al massimo entro 3 giorni, bisogna inviare alla compagnia assicuratrice.</p>

Urgenza medico-sanitaria per ricovero

- 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.
- Dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da dover compilare ed inviare, allegando la documentazione richiesta a mezzo fax o e-mail.
- 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
- La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni erogate all'estero, per le quali dovrà essere richiesta l'autorizzazione preventiva.

Urgenza medico-sanitaria per prestazioni extra-ospedaliere

- 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 di tale procedura dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione. Tale modulo, compilato, dovrà essere inviato alla Centrale Operativa allegando la documentazione richiesta
- La Centrale Operativa si impegna a gestire sia le richieste con carattere d'urgenza che pervengono entro le 24 ore di preavviso, sia quelle con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.
- La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero.

ODONTOIATRIA 6/6 - IMPLANTOLOGIA STAND ALONE

Prestazioni	Implantologia stand alone
Massimale	In Network: € 1.100,00 (massimo di € 400,00 per 1 impianto, € 700,00 per 2 impianti e € 1.100,00 in caso di 3 o più impianti) Fuori Network: € 300,00 Tickets: non previsto
Scoperti/Franchigie	NO La garanzia opera ad integrazione delle somme ricevute dall'assistito attraverso la prestazione «implantologia post intervento» prevista nell'ambito della garanzia «Interventi chirurgici odontoiatrici ossia nell'eventuale ipotesi in cui l'assistito avendo già utilizzato – in tutto o in parte, il massimale dedicato agli interventi chirurgici odontoiatrici nell'anno, non abbia diritto a ricevere il 100% della copertura della spesa sostenuta per l'implantologia nell'ambito della garanzia Interventi chirurgici odontoiatrici. La garanzia prevede, inoltre, gli interventi di manutenzione su impianti già presenti nel cavo orale del paziente quali, ad esempio, sostituzione del perno moncone, corona, ecc..

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)

Prestazioni	Elenco Interventi chirurgici odontoiatrici come da bando di gara. Estensione della garanzia mediante inserimento dei seguenti Interventi Chirurgici aggiuntivi: frenulectomia o frenulotomia, intervento per flemmone delle logge perimassellari, livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose, scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso, Implantologia Post Intervento
Massimale	In Network: massimale € 5.500,00 Fuori Network: il regime rimborsuale, in alternativa all'assistenza diretta in base alla libera scelta dell'assistito, limitatamente ai seguenti interventi: <ul style="list-style-type: none">- Estrazione dente deciduo: massimo 100 euro per estrazione;- Pedoestrazione dente deciduo: : massimo 100 euro per estrazione;- Estrazione dente permanente: massimo 100 euro per estrazione. Tickets: 100% fino al max di 5.500,00 euro
Scoperti/Franchigie	NO

Elenco interventi chirurgici odontoiatrici

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

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

- Osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- Neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- Cisti radicalari
- 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
- Accesso 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 dentedeciduo
- 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 odontoiatrici



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

radiografie e referti radiologici per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- accesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per 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 ofrenulotomia
- Scappucciamento osseo-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



PACCHETTI PREVENZIONE

QUESTI PACCHETTI SONO PER
NUCLEO FAMILIARE ED HANNO
(A SECONDA DEL PIANO) DEI
LIMITI TEMPORALI

PREVENZIONE TERZIARIA – MONITORAGGIO IPERTENSIONE

Prestazioni	<ul style="list-style-type: none">• Visita di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti• Creatinina (previsto nel Pacchetto Base - C.1 Prestazioni diagnostiche particolari)• Prelievo di sangue venoso (previsto nel Pacchetto Base - C.1 Prestazioni diagnostiche particolari)• Elettrocardiogramma (previsto nel Pacchetto Base - C.1 Prestazioni diagnostiche particolari)
Massimale	In Network: massimale ILLIMITATO Fuori Network: € 36,00 a pacchetto aggiuntivi rispetto agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Base C.1
Scoperti/Franchigie	NO
Note	<ul style="list-style-type: none">• Visita di controllo, Creatinina, Prelievo, ECG: da effettuarsi in una unica soluzione, 1 volta all'anno• Qualora all'esito del pacchetto emergano degli indicatori abilitanti uno screening di secondo livello, sarà possibile anche effettuare l'Holter Pressorio, l'Ecocardiogramma, l'Esame del Fundus Oculi. Tali prestazioni saranno liquidate o rimborsate attraverso l'estensione della garanzia Alta Specializzazione (B.1) per le prime due e Accertamenti Diagnostici (B.3/B.4) per la terza• I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori.• PER ATTIVARE QUESTO PACCHETTO E' NECESSARIA UN'ATTESTAZIONE DI PATOLOGIA IN ATTO

PREVENZIONE TERZIARIA – MONITORIAGGIO ASMA E BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA

Prestazioni	<p>Monitoraggio dell'asma e della Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti • Emocromo - (Previsto nel Pacchetto Base - C.1 Prestazioni diagnostiche particolari) • Preelevio di sangue venoso (Previsto nel Pacchetto Base - C.1 Prestazioni diagnostiche particolari) • Elettrocardiogramma (Previsto nel Pacchetto Base - C.1 Prestazioni diagnostiche particolari) • Spirometria semplice e globale • Test di broncodilatazione farmacologica - spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco • Monitoraggio incruento della saturazione arteriosa/pulsossimetria
Massimale	<p>In Network: massimale illimitato Fuori Network: € 36,00 a pacchetto</p>
Scoperti/Franchigie	NO
Note	<ul style="list-style-type: none"> • Da effettuarsi 1 volta ogni 2 anni. • Qualora all'esito del pacchetto emergano degli indicatori abilitanti uno screening di secondo livello, sarà possibile anche effettuare l'esame Proteina C reattiva-quantitativa, la terapia educativa e lo screening allergologico – Prick Test. Tali prestazioni saranno liquidate o rimborsate attraverso l'estensione della garanzia Alta Specializzazione (B.1) con riferimento alla terapia, per le rimanenti due attraverso l'estensione della garanzia Accertamenti Diagnostici (B.3/B.4). • I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori <p style="color: red; font-weight: bold; margin-top: 10px;">PER ATTIVARE QUESTO PACCHETTO E' NECESSARIA UN'ATTESTAZIONE DI PATOLOGIA IN ATTO</p>

PREVENZIONE TERZIARIA - MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE DELLA TIROIDE

Prestazioni	Pacchetto per il monitoraggio delle patologie tiroide: <ul style="list-style-type: none"> • TSH • Visita endocrinologica
Massimale	In Network: massimale ILLIMITATO Fuori Network: € 50,00 a pacchetto (aggiuntivi)
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	<ul style="list-style-type: none"> • Da effettuarsi 1 volta ogni 2 anni. • Qualora all'esito del pacchetto emergano degli indicatori abilitanti uno screening di secondo livello, sarà possibile anche effettuare l'ecografia del collo, il FT3 e il FT4. Tali prestazioni saranno liquidate o rimborsate attraverso l'estensione della garanzia Accertamenti Diagnostici (B.3/B.4). • I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori <p>PER ATTIVARE QUESTO PACCHETTO E' NECESSARIA UN'ATTESTAZIONE DI PATOLOGIA IN ATTO</p>

PREVENZIONE_ ULTERIORI PACCHETTI – TUMORI DELLA PELLE

Prestazioni	<ul style="list-style-type: none">• Visita specialistica dermatologica• Epiluminescenza
Massimale	In Network: massimale ILLIMITATO Fuori Network: € 50,00 a pacchetto (aggiuntivi)
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	<ul style="list-style-type: none">• Da effettuarsi in una unica soluzione, 1 volta ogni 3 anni• I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minorori.

PREVENZIONE_ ULTERIORI PACCHETTI – OSTEOPATIE DI COLONNA, SPALLA E GINOCCHIO

<p>Prestazioni</p>	<p>Pacchetto per prevenzione di patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio e controllo posturale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita fisiatrica/osteopatica • Trattamenti osteopatici • Cicli di fisioterapia • Infiltrazioni specifiche
<p>Massimale</p>	<p>In Network: massimale ILLIMITATO Fuori Network: € 50,00 a pacchetto (aggiuntivi)</p>
<p>Scoperti/Franchigie</p>	<p>NO</p>
<p>Limitazioni/Note</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Da effettuarsi 1 volta l'anno • I trattamenti osteopatici e i cicli di fisioterapia sono riconosciuti attraverso l'estensione della garanzia Fisioterapia da malattia (B.7), mentre le infiltrazioni specifiche sono riconosciute attraverso l'estensione della garanzia Alta Specializzazione (B.1) • I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori

PREVENZIONE_ ULTERIORI PACCHETTI – CANCRO ALLA PROSTATA

Prestazioni	<p>Pacchetto per prevenzione del cancro alla prostata:</p> <ul style="list-style-type: none">• PSA FREE• 2 PRO PSA• Dosaggio PHI (Prostate Health Index)
Massimale	<p>In Network: massimale illimitato Fuori Network: € 50,00 a pacchetto da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo C.3</p>
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	<ul style="list-style-type: none">• In aggiunta al pacchetto uomini over 50 anni.• Da effettuarsi 1 volta ogni 2 anni.• I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori

PREVENZIONE_ ULTERIORI PACCHETTI – CANCRO ALLA MAMMELLA

Prestazioni	Ecografia mammaria bilaterale
Massimale	In Network: massimale ILLIMITATO Fuori Network: € 36,00 a pacchetto da aggiungersi agli € 80,00 previsti nel Pacchetto Donna C.2
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	<ul style="list-style-type: none">• Da effettuarsi 1 volta ogni 2 anni• Tra 30 e 39 anni• I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori

PREVENZIONE_ ULTERIORI PACCHETTI – CONSULENZA INTERNISTICA/TUTORING

Prestazioni	Servizio di Tutoring (come da piano base 2017) L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica
Massimale	Non previsto
Scoperti/Franchigie	Non previsto

PREVENZIONE_ ULTERIORI PACCHETTI – CONTROLLO DELLE ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Prestazioni

Controllo delle allergie e delle intolleranze alimentari (solo in Network)
Esecuzione da parte dell'Aderente o dei componenti del suo Nucleo Familiare di uno dei seguenti gruppi di test relativi alla eventuale presenza di A) Allergie o B) Intolleranze Alimentari direttamente presso il proprio domicilio. Gli esiti degli esami effettuati saranno elaborati da parte di un laboratorio di analisi specializzato e trasmessi in busta chiusa presso l'abitazione dell'Aderente.

A) Allergie:

Il protocollo consente l'esecuzione di una serie di test finalizzati ad identificare la sensibilità dell'Aderente verso una o più sostanze allergiche: Test IgE Totali, Test allergia all'epitelio e pelo del cane, Test allergia all'epitelio e pelo del gatto, Allergia ad acari, Allergia muffe e polveri.

B) Intolleranze Alimentari:

B.1) Intolleranza gruppo di alimenti

Il test consente la verifica di eventuali intolleranze alimentari da parte dell'assicurato su un set predefinito di 32 alimenti al fine di consentire un'identificazione di eventuali incompatibilità.

B.2) Intolleranza Lattosio

Test specifico sul DNA effettuato a partire da un prelievo della saliva che consente la ricerca del gene responsabile dell'ipolattasia.

B.3) Intolleranza Glutine (Celiachia)

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

continua...

PREVENZIONE_ ULTERIORI PACCHETTI – CONTROLLO DELLE ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Massimale	In Network: massimale ILLIMITATO
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	Da effettuarsi 1 volta ogni 3 anni. In caso di esito positivo dei predetti esami, è eseguibile su prescrizione uno screening allergologico per inalanti e alimenti - Prick Test (1 screening nel triennio). Tale prestazione sarà liquidata o rimborsata attraverso l'estensione della garanzia Accertamenti Diagnostici (B.3/B.4)

PREVENZIONE_ ULTERIORI PACCHETTI – RICERCA HELICOBACTER PYLORI

Prestazioni	Ricerca Presenza Helicobacter Pylori: verifica di un'eventuale presenza del batterio attraverso un test specifico sul DNA effettuato a partire da un prelievo della saliva che consente la ricerca di un antigene specifico di Helicobacter Pylori
Massimale	In Network: massimale ILLIMITATO
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	Da effettuarsi 1 volta ogni 3 anni

PROTOCOLLO MINORI

Prestazioni	<p>Protocollo minori come da bando di gara, con le seguenti variazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inserita logopedia come garanzia autonoma anche al di fuori del pacchetto minori (stand alone), senza alcuna distinzione di fascia di età• Inserimento nella fascia 11-18 anni delle seguenti analisi di laboratorio: Colesterolo totale, HDL e LDL, Trigliceridi, Glicemia, Anti-Transglutaminasi (esami di screening per la diagnosi precoce del Morbo Celiaco)• Sindrome Metabolica bambini per tutte le fasce di età (già compresa nell'attuale piano base)
Massimale	<p>a) Logopedia minori (cfr. Ulteriori prestazioni aggiuntive") In Network: € 100,00 (aggiuntivo) Fuori Network: € 100,00 (aggiuntivo), massimo € 20,00 a seduta Tickets: 100% Sono comprese le spese sostenute per la logopedia a seguito di malattia, purché effettuata da medico specialista o da logopedista</p> <p>b) Protocollo minori IL DETTAGLIO DELLE PRESTAZIONI, SUDDIVISE PER FASCIA DE'ETA', SONO CONSULTABILI SULLA GUIDA AL PIANO SANITARIO 2018 In Network: massimale ILLIMITATO Fuori Network: - 6 mesi-2 anni: € 36,00 - 2 anni-4 anni: € 60,00 - 4 anni-6 anni: € 80,00 - 6 anni -8 anni: € 60,00 - 8 anni-11 anni: € 36,00 - 11 anni-18 anni: € 50,00 I massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori. Più precisamente nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiore; nell'ambito del Protocollo Minori i relativi massimali sono condivisi tra tutti i componenti minorenni del Nucleo Familiare</p>

PREVENZIONE BASE

Una volta l'anno per nucleo familiare

- Esami del sangue
- Urine
- Feci
- Elettrocardiogramma di base
- Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)
- Massimale:
- In rete: illimitato
- Fuori rete. 80,00 euro

PREVENZIONE DONNA

- **Pacchetto donna**
- **Pacchetto A (in alternativa al pacchetto B)**
 - Donne over 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 over 30
 - Visita ginecologica + TEST HPV (papilloma virus) (1 v. ogni 3 anni)
- **Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)**
 - Donne tra 30 e 39 anni
 - Ecocolordoppler arterioso e venoso degli arti inferiori (1v. ogni 2 anni)
 - Ecografia mammaria bilaterale (1 v. ogni 2 anni)
 - Donne tra 40 e 49 anni
 - Visita senologica (1v. ogni 2 anni)
 - Mammografia (1 v. ogni 2 anni)



PACCHETTO DONNA

- Donne over 50 anni
- Moc o in alternativa Mammografia (1 v. ogni due anni)
- Creatinina
- Calcio
- Fosforo
- Fosfatasi alcalina
- Vitamina D
- Massimali
- In network: illimitato
- Fuori network: 80,00 euro



PACCHETTO UOMO

- Uomo over 21 anni
- Visita cardiologica (1 v. ogni 2 anni)
- Uomo over 50
- Psa (1 v. ogni 2 anni)
- Rettosigmoidoscopia (1 v. ogni 2 anni)
- Uomo senza limiti di età
- Visita urologica (1 v. ogni 2 anni)
- Ecografia prostatica (ecografia transrettale) (1 v. ogni 2 anni)
- Massimale: in network illimitato
- Fuori network: 80 euro a nucleo familiare



SINDROME METABOLICA

- Per attivare tale copertura l'iscritto dovrà compilare il questionario scaricabile dall'area privata di RBM PREVIMEDICAL.
- La società valuterà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'iscritto l'esito della valutazione e l'iter da seguire secondo i parametri riscontrati nel questionario stesso

INVALIDITÀ PERMANENTE



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

Prestazioni

Invalità certificata dall'INAIL con grado compreso tra

[FASCE MODIFICATE]:

- A) 24% e 33%
- B) 33% e 66%
- C) 66% e 100%.

Per tutte le fasce sono garantite le seguenti prestazioni (in Network e fuori Network):

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 riduzione 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, colfi)
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.

continua...

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

Massimale	<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"> - 24% e 33%: massimale € 7.000,00 - >34% e 66%: massimale € 10.000,00 - >67% e 100%: massimale € 15.000,00 <p>Invalidità 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</p> <ul style="list-style-type: none"> - tra 80% e 90%: massimale € 8.000,00 - tra 91% e 100%: massimale € 10.000,00
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	La copertura comprende patologie o infortuni insorti anche precedentemente all'attivazione della copertura sanitaria

MONITORAGGIO DOMICILIARE REMOTO DEL PAZIENTE ½ - garanzia riservata solo alle persone invalide (solo capo nucleo) programma 2

<p>Prestazioni</p>	<p>Remote Patient Monitoring: Si tratta di un protocollo di monitoraggio e controllo dei seguenti stati del paziente invalido</p> <p>Il programma comprende:</p> <ul style="list-style-type: none">• consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali• training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica• licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM• servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano• sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery• servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center• rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio• ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi <p>I seguenti parametri vitali del paziente saranno registrati e monitorati come parte del percorso terapeutico:</p> <ul style="list-style-type: none">• pressione Arteriosa / Cuore• ossigeno (O2) e saturazione del sangue• peso corporeo• cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)• temperatura corporea (ingresso manualmente)• controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)
--------------------	---

continua...

MONITORAGGIO DOMICILIARE REMOTO DEL PAZIENTE 2/2

Massimale	In Network: massimale ILLIMITATO Fuori Network: non previsto
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	Il programma ha la medesima durata dello stato del paziente (e.g. non autosufficienza). Prestazione riservata solo al lavoratore (non per il nucleo familiare ad eccezione di quello inserito a pagamento con massimale autonomo)

Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico sanitaria seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne

<p>Prestazioni</p>	<p>La copertura prevede, in caso di ricovero chirurgico/medico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco degli interventi chirurgici) il risarcimento delle spese per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ospedalizzazione domiciliare • assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'assistito <p>La Compagnia, mediante il suo Team Medico - Scientifico concorderà il programma medico/riabilitativo con l'assistito secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.</p> <p>Rientra in copertura anche il risarcimento delle spese di noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.</p>
<p>Massimale</p>	<p>In Network: € 5.000,00 Fuori Network: non previsto</p>
<p>Scoperti/Franchigie</p>	<p>NO</p>
<p>Limitazioni/Note</p>	<p>Il servizio non prevede limiti di età</p>

ALTRE PRESTAZIONI



PACCHETTO MATERNITA'

Prestazioni	<ul style="list-style-type: none">• Test, Visite e controlli:• Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, amniocentesi, villocentesi, traslucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN.• Visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia, controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica e/o iscritto all'apposito albo professionale e una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore• Indennità per parto; Supporto psicologico post parto; Contributo per latte artificiale;• Week-end benessere:• - visita dietologica; incontro nutrizionisti• incontro personal trainer; lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico• trattamento termale
Massimale	<p>Test, Visite e Controlli In Network: massimale € 700,00 ad evento gravidanza Fuori Network: massimale € 700,00 ad evento gravidanza 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 nelle prestazioni "Alta specializzazione") Indennità per parto € 70,00 al giorno massimo 7 giorni</p>

PACCHETTO MATERNITA'

Massimale

Indennità per parto

Fuori Network: €70,00 al giorno massimo 7 giorni

Questa indennità vale sia per il parto naturale che per il cesareo

Potranno essere utilizzate sia le strutture in network (dove potrà essere applicata la tariffa agevolata, le strutture non in network o il SSN)

Contributo per latte artificiale

Fuori Network: massimale € 100,00

Il contributo è riconosciuto nei primi 6 mesi di vita del neonato. È necessaria la prescrizione ed il neonato deve essere stato registrato nel sito del fondo

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: 100%

Week-end benessere: (escluso il pernottamento)

In Network: massimale ILLIMITATO

Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura)

INTERVENTI CHIRURGICI MINORI eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in day-surgery

Prestazioni	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>In Network: € 5.000,00 ad evento Fuori Network: € 2.500,00 ad evento</p>
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	<p>È previsto il pagamento delle spese da parte della Compagnia anche in caso di day hospital. Tickets: 100%</p> <p style="text-align: right;">continua...</p>

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

Prestazioni	Lenti e occhiali
Massimale	<p>In Network: € 150,00 una tantum ogni 3 anni, con contributo aggiuntivo di € 75,00 in caso di rottura lente/lenti e di € 55,00 in caso di smarrimento/furto degli occhiali o rottura accidentale della montatura.</p> <p>Fuori Network: € 100,00 una tantum ogni 3 anni, con contributo aggiuntivo di € 50,00 in caso di rottura lente/lenti e di € 35,00 in caso di smarrimento/furto degli occhiali o rottura accidentale della montatura.</p>
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	<p>Non è prevista alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista.</p> <p>Lo smarrimento/furto degli occhiali o la rottura accidentale delle lenti e/o della montatura sono indennizzate nel corso del triennio con riferimento agli occhiali/lenti oggetto dell'indennizzo previsto dalla presente copertura</p>

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (tutte le tecniche)

Prestazioni	Procreazione medicalmente assistita (PMA): <ul style="list-style-type: none">• prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA• trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata
Massimale	In Network: € 700,00 Fuori Network: € 500,00
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	La garanzia è operante per tutti gli assicurati

RIMBORSO TICKET PER ACQUISTO MEDICINALI

Prestazioni	Rimborso ticket per acquisto di medicinali (stand alone)
Massimale	Tickets: € 120,00
Scoperti/Franchigie	Tickets: franchigia € 10,00 su ogni medicinale
Limitazioni/Note	Nessuna

ULTERIORI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE, PROPOSTE DALLA COMPAGNIA – 1/10

Prestazioni	Visita di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
Massimale	In Network: massimale illimitato Fuori Network: SI ma solo 1 volta l'anno
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	La prestazione è garantita anche in caso di consulto/mero controllo. In Network: eseguibile presso i Centri Autorizzati del Network Previmedical, 1 volta al mese. Fuori Network: 1 volta all'anno, massimo € 36,00 per visita. Tickets: 100% La garanzia potrà essere usufruita, per ciascun mese, solo da un componente del nucleo familiare.

ULTERIORI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE, PROPOSTE DALLA COMPAGNIA – 2/10

Prestazioni	<p>Visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica E' garantito il risarcimento di in ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia a seguito di insorgenza di una grave malattia oncologica</p>
Massimale	<p>In Network: € 350,00 in comune con "visite psicologiche/psichiatriche per anoressia/bulimia adolescenziale" Fuori Network: € 250,00 in comune con "visite psicologiche/psichiatriche per anoressia/bulimia adolescenziale"</p>
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	<p>In Network: nessuna limitazione Fuori Network: massimo € 36,00 a visita Tickets: 100%</p>

continua...

ULTERIORI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE, PROPOSTE DALLA COMPAGNIA – 2/10

Prestazioni	Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia adolescenziale E' garantito il risarcimento di in ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia/psichiatria per anoressia o bulimia adolescenziale
Massimale	In Network: € 350,00 in comune con "visite psicologiche/psichiatriche a seguito di grave malattia oncologica" Fuori Network: € 250,00 in comune con "visite psicologiche/psichiatriche a seguito di grave malattia oncologica"
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	In Network: nessuna limitazione Fuori Network: massimo € 36,00 a visita Tickets: 100%

ULTERIORI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE, PROPOSTE DALLA COMPAGNIA – 3/10

Prestazioni	Servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica Consulenza medica pediatrica generica e specialistica tramite il contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Nel caso la Guardia Medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza predisporrà l'effettuazione di una visita domiciliare.
Massimale	Massimale ILLIMITATO
Scoperti/Franchigie	In Network: franchigia € 36,00 a visita

continua...

ULTERIORI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE, PROPOSTE DALLA COMPAGNIA – 3/10

Prestazioni	Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per il genitore ricoverati in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
Massimale	€ 1.000,00 annuali innalzati a € 1.200,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito, anche nel caso in cui entrambi i genitori fossero ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi.

ULTERIORI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE, PROPOSTE DALLA COMPAGNIA – 4/10

Prestazioni	TRISOMIA 21 - Sindrome di down (figli di assistiti) In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) si prevede l'erogazione di un'indennità.
Massimale	€ 1.000,00 anno/neonato
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	In caso di diagnosi di Trisomia 21 nei primi 3 anni di vita del neonato. Indennità pari a € 1.000,00 per anno/neonato.

Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria 1/6

Prestazioni	Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa
Massimale	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.
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	Garanzia in favore di madri lavoratrici e padri lavoratori che decidono di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità, decorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro. Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria

Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria 2/6

Prestazioni	Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili
Massimale	Indennizzo annuo forfettario di € 750,00 per Nucleo Familiare innalzato a € 1.000,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito.
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	Prestazione riconosciuta a favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Per i minori ci sono 3 classificazioni: lieve (non è prevista); media (è necessaria una descrizione del medico del tipo di invalidità); grave (riconosciuta). 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.

continua...

Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria 2/6

Prestazioni	Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea
Massimale	€ 350,00 anno/persona
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria

Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria 3/6

Prestazioni	Rette Asili Nido a favore del Nucleo Familiare che utilizza per il/i proprio/i figlio/i asilo nido pubblico o privato, legalmente riconosciuto.
Massimale	Indennità di € 400,00 innalzata ad € 550,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito erogata per l'anno scolastico, a titolo forfettario.
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria

continua...

Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria 3/6

Prestazioni	Consulto nutrizionale e dieta personalizzata
Massimale	In Network: massimale illimitato Fuori Network: limite complessivo di € 80,00 (€ 50,00 per la visita + € 30,00 per la dieta)
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	In Network/Fuori Network: 1 consulto e dieta personalizzata anno Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria

Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria 4/6

Prestazioni	Borse di Studio per i figli dei dipendenti
Massimale	a) Diploma di istruzione secondaria superiore: € 350,00 b) Iscrizione, in corso, al secondo anno di università: € 500,00
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	È riconosciuta l'erogazione a titolo forfettario di una borsa di studio a favore dell'aderente i cui figli abbiano raggiunto una delle seguenti condizioni: 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 Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria.

continua...

Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria 4/6

Prestazioni	Rimborso Quota Associativa sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica
Massimale	€ 120,00
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	Garanzia operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio, diversa dalle garanzie "Visita Sportiva agonistica e non agonistica" e "Colonie estive".

Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria 5/6

Prestazioni	Visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo)
Massimale	In Network: massimale illimitato Fuori Network: € 55,00
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	Garanzia operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio, diversa dalle garanzie "Visita Sportiva agonistica e non agonistica" e "Colonie estive".

continua...

Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria 5/6

Prestazioni	Spese per la frequenza di Colonie Estive Rimborso delle spese sostenute per la frequentazione di colonie estive (marine e montane)
Massimale	In Network: € 120,00 Fuori Network: € 75,00
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	Garanzia operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio, diversa dalle garanzie "Visita Sportiva agonistica e non agonistica" e "Colonie estive".

Prestazione accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria 6/6

Prestazioni	MEDICAL COUNSELING Medical counseling telefonico di specializzazione tramite linea dedicata operativa 24h/24, 7gg/7, 365gg/anno <ul style="list-style-type: none">Ogni assistito ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo
Massimale	In Network: massimale ILLIMITATO
Scoperti/Franchigie	NO
Limitazioni/Note	In Network: Nessun limite

ULTERIORI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE, PROPOSTE DALLA COMPAGNIA – BONUS

Prestazioni	<p>"CONTO SALUTE": piano di risparmio sanitario che consente ai nuclei familiari di accreditare su un proprio conto dedicato i risparmi sanitari derivanti da ciascuna annualità assicurativa al fine di poter disporre di una maggior somma in termini di rimborso al verificarsi di uno o più eventi inclusi in copertura.</p>
Limitazioni/Note	<p>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 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). 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. 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)</p>

PREMI ANNUI NUCLEO FAMILIARE NON FISCALMENTE A CARICO

Premi	Nucleo familiare non fiscalmente a carico		
	Massimali condivisi	Massimali autonomi	
Piano Base	149,00	219,00	
Piano A	194,00	309,00	
Piano B	244,00	394,00	
Piano C	284,00	459,00	
Piano D	329,00	529,00	
Piano E	399,00	649,00	
Piano F	784,00	1.399,00	

**PREMI ANNUI NUCLEO FAMILIARE NON FISCALMENTE A CARICO – IMPORTI
DA VERSARE PER LA SCELTA DI DESTINAZIONE DEL FLEXIBLE BENEFIT
2019/2020**

OBBLIGATORIO

I lavoratori che avevano inserito i familiari con il massimali del piano base in condivisione dovranno effettuare un versamento pari alla quota di differenza tra il costo del premio per il massimale in condivisione piano base e quello autonomo del piano D (quindi la differenza tra 529,00 -149,00 = 380,00 euro però riproporzionato al 31.12.2019 quindi $380,00 : 12 \times 7 = 221,67$)

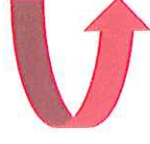
OPZIONALE

In caso di coniuge che ha acquistato la copertura Base con massimali autonomi (euro 219,00) se **vorrà** estendere la copertura del piano D , con massimale autonomo, dovrà versare la differenza di euro 310,00 (euro 529,00- 219,00), che saranno, comunque sempre riproporzionati al 31.12.2019: $310,00 : 12 \times 7 = 180,83$.
Altrimenti potrà rimanere con il piano base con massimale autonomo.




Modulo di autorizzazione ad eseguire prestazioni non presenti nella provincia

All'interno della piattaforma Arena, in fase di prenotazione alla domanda «hai già preso appuntamento?» se si risponde NO -> cerca struttura – e in caso non ci siano strutture nella provincia prescelta, si produce il modulo da compilare che autorizza l'effettuazione della prestazione rimborsabile con gli stessi massimali del Network



Esempi



CASO 1: struttura non trovata nella provincia (attualmente usato per il ramo LENTI)



RICHIESTA DI PRESTAZIONE



Ciao.

Presenza appuntamento
No

Proposta appuntamento
dal 9-mag2016-2018
al 24-mag2016-2018
ore: 12,12

Beneficiario
LUCA

Tipologia
Lenti

Struttura

Non è stata trovata nessuna struttura convenzionata nella provincia del tuo domicilio.
Per ottenere il rimborso con le regole liquidative previste per il regime diretto, inserisci il nome e l'indirizzo della struttura presso cui ti rivolgerai.




Nome della struttura nella quale intendi effettuare la prestazione

Indirizzo della struttura



Clicca qui per scaricare la dichiarazione da allegare alla domanda di rimborso.

INDIETRO

CASO 2: struttura non trovata entro 30km da domicilio (attualmente usato per il ramo DENTARIE)



RICHIESTA DI PRESTAZIONE



Ciao.

Presenza appuntamento
No

Proposta appuntamento
dal 9-mag2016-2018
al 24-mag2016-2018
ore: 12,12

Beneficiario
INVERNALI LUCA

Odonto labia

Tipo prestazioni
Prima visita

Struttura

Non è stata trovata nessuna struttura convenzionata nel raggio di 30km dal tuo domicilio.
Per ottenere il rimborso con le regole liquidative previste per il regime diretto, inserisci il nome e l'indirizzo della struttura presso cui ti rivolgerai.

Nome della struttura nella quale intendi effettuare la prestazione

Indirizzo della struttura

Clicca qui per scaricare la dichiarazione da allegare alla domanda di rimborso.

Clicca qui per estendere la ricerca.

INDIETRO

Prestitazione

VISITA ORALE ABLAZIONE

Grazie per
l'attenzione