

## PIANO INTEGRATIVO E metaSalute 2018

**Il quadro dipendente Alstom Ferroviaria Savigliano pagherà 7 € al mese , tot.84 € annui**

Contributo annuo (tot):

- Titolare con nucleo\* a carico (massimali condivisi):  
€ 408,00
- Nucleo\* con massimale condiviso: € 399,00 a persona
- Nucleo\* con massimale autonomo: € 649,00 a persona

Massimali\*\*/somme assicurate - scoperti/franchigie\*\*\*

### A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE

<b>A.1 Ricovero a seguito di intervento chirurgico (estensione a interventi eseguiti in Day Hospital, Day Surgery o in regime ambulatoriale)</b>	Massimale           Condizioni     Pre/Post	Tutti gli interventi chirurgici   illimitato € 18.000,00 per interventi ordinari € 22.500,00 per interventi complessi € 45.000,00 per trapianti € 8.000,00 per interventi non ricompresi dall'elenco Piano Base come il Fuori Rete  100% 100% - nei massimali previsti per i singoli interventi 100% gg. illimitati
<b>A.2 Indennità sostitutiva (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery)</b>		€ 100,00 al giorno max. 150 gg.
<b>A.3 Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico</b>	Massimale   In Rete Fuori Rete	max. 120 gg. € 20.000,00 € 10.000,00
<b>A.4 Diaria da convalescenza post ricovero con intervento chirurgico</b>		€ 100,00 al giorno max. 20 gg.
<b>A.5 Garanzia neonati</b>	In Rete Fuori Rete Misto S.S.N.	entro 1 anno dalla nascita illimitato € 22.500,00 come il Fuori Rete 100%
<b>A.6 Retta di degenza dell'Accompagnatore</b>		100%
<b>A.7 Trasporto di primo soccorso</b>		100%
<b>A.8 Retta di degenza</b>		senza limite
<b>A.9 Immunonutrizione pre ricovero</b>		3 somministrazioni al giorno per 5/7 giorni prima dell'intervento
<b>A.10 Monitoraggio domiciliare pre/post ricovero e lungodegenza</b>	Programma 1 Programma 2	100% 120 gg. pari al periodo di non autosufficienza/lungodegenza
<b>A. 11 Diaria da gessatura</b>	Massimale Condizioni	illimitato € 25,00 al giorno per ogni giorno di applicazione, max. 60 gg.

## B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

<p><b>B.1 Alta Specializzazione</b></p> <p>Massimale</p> <p>In Rete Fuori Rete</p> <p>Condizioni</p> <p>In Rete Fuori Rete Ticket</p>	<p>tutti gli esami di alta diagnostica radiologica, tutti gli accertamenti di alta specializzazione e le seguenti terapie: Chemioterapia, Cobaltoterapia, Dialisi, Laserterapia a scopo fisioterapico, Radioterapia, Terapia educativa del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico, Trattamenti radio metabolici</p> <p>illimitato</p> <p>€ 20.000,00 condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici</p> <p>100%</p> <p>esami di alta diagnostica radiologica max. € 75,00 per accertamento</p> <p>accertamenti alta specializzazione e terapie max. € 55,00 per accertamento/ciclo di terapia</p> <p>100%</p>
<p><b>B.2 Visite specialistiche</b></p> <p>Massimale</p> <p>In Rete Fuori Rete</p> <p>Condizioni</p> <p>In Rete Fuori Rete Ticket</p>	<p>illimitato</p> <p>€ 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici</p> <p>100%</p> <p>max. € 55,00 per visita</p> <p>100%</p>
<p><b>B.3 Ticket per accertamenti diagnostici</b></p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>Ticket</p>	<p>€ 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici</p> <p>100%</p>
<p><b>B.4 Accertamenti diagnostici</b></p> <p>Massimale</p> <p>In Rete Fuori Rete</p> <p>Condizioni</p> <p>In Rete Fuori Rete</p>	<p>illimitato</p> <p>€ 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici</p> <p>100%</p> <p>max. € 36,00 per fattura</p>

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

<p>- B.5.1 Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N., amniocentesi o villocentesi</p> <p>- 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</p> <p>Massimale</p>	<p>Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio). Amniocentesi o villocentesi: 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.</p> <p>In Rete/Fuori Rete</p> <p>€ 700,00 per evento gravidanza</p>
<p>- B.5.3 Indennità per parto</p> <p>Massimale</p>	<p>Fuori Rete</p> <p>€ 70,00 max. 7 gg.</p>
<p>- B.5.4 Contributo per latte artificiale</p> <p>Massimale</p>	<p>Il contributo è riconosciuto nei primi 6 mesi di vita del neonato (con prescrizione)</p> <p>Fuori Rete</p> <p>€ 100,00</p>
<p>- B.5.5 Supporto psicologico post parto</p> <p>Massimale</p>	<p>Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche</p> <p>In Rete</p> <p>illimitato</p> <p>Fuori Rete</p> <p>Illimitat</p> <p>o</p> <p>In Rete</p> <p>100%</p> <p>Fuori Rete</p> <p>max. € 36,00 per visita</p> <p>Ticket</p>
<p>- B.5.6 Week-end benessere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visita dietologica</li> <li>• incontro nutrizionista</li> <li>• incontro personal trainer</li> <li>• lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico</li> <li>• trattamento termale</li> </ul> <p>Massimale</p>	<p>100%</p> <p>Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura)</p> <p>In Rete</p>

## C. FISIOTERAPIA

<b>C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio</b>		
Massimale	In Rete	illimitato
	Diretta	illimitato
Condizioni	Domiciliare	€ 1.200,00
	Fuori Rete	100%
	<i>In Rete</i>	franchigia € 20,00 ad accesso
	<i>Diretta Domiciliare</i>	max. € 36,00 per prestazione
	<i>Fuori Rete</i>	100%
<b>C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento</b>		
Massimale	In Rete	illimitato
	Diretta	illimitato
Condizioni	Domiciliare	nei massimali previsti per i singoli interventi
	Fuori Rete	100%
	<i>In Rete</i>	franchigia € 20,00 ad accesso
	<i>Diretta Domiciliare</i>	100%
	<i>Fuori Rete</i>	100%
<b>C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria da malattia</b>		
Massimale	In Rete	illimitato
	Diretta	illimitato
Condizioni	Domiciliare	€ 700,00
	Fuori Rete	100%
	<i>In Rete</i>	franchigia € 25,00 ad accesso
	<i>Diretta Domiciliare</i>	max. € 36,00 per prestazione
	<i>Fuori Rete</i>	100%

D. ODONTOIATRIA											
<b>D.1 Cure dentarie</b> Massimale       Condizioni	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right;">In Rete</td> <td style="text-align: center;">illimitato</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Fuori Rete</td> <td>                     € 1.000,00; condiviso con Visita odontoiatrica e/o igiene orale                      Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi permane all'estero.                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>In Rete</i></td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>Fuori Rete</i></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- max. € 100,00 per Prestazioni ortodontiche</li> <li>- max. € 250,00 per Cure odontoiatriche (compresa PARADONTOLOGIA)</li> <li>- max. € 150,00 per Terapie conservative</li> <li>- max. € 150,00 per Terapie canalari</li> <li>- max. € 250,00 per Protesi dentarie</li> <li>- max. € 150,00 per Trattamento topico con fluoruri</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>Ticket</i></td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </table>	In Rete	illimitato	Fuori Rete	€ 1.000,00; condiviso con Visita odontoiatrica e/o igiene orale Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi permane all'estero.	<i>In Rete</i>	100%	<i>Fuori Rete</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- max. € 100,00 per Prestazioni ortodontiche</li> <li>- max. € 250,00 per Cure odontoiatriche (compresa PARADONTOLOGIA)</li> <li>- max. € 150,00 per Terapie conservative</li> <li>- max. € 150,00 per Terapie canalari</li> <li>- max. € 250,00 per Protesi dentarie</li> <li>- max. € 150,00 per Trattamento topico con fluoruri</li> </ul>	<i>Ticket</i>	100%
In Rete	illimitato										
Fuori Rete	€ 1.000,00; condiviso con Visita odontoiatrica e/o igiene orale Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi permane all'estero.										
<i>In Rete</i>	100%										
<i>Fuori Rete</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- max. € 100,00 per Prestazioni ortodontiche</li> <li>- max. € 250,00 per Cure odontoiatriche (compresa PARADONTOLOGIA)</li> <li>- max. € 150,00 per Terapie conservative</li> <li>- max. € 150,00 per Terapie canalari</li> <li>- max. € 250,00 per Protesi dentarie</li> <li>- max. € 150,00 per Trattamento topico con fluoruri</li> </ul>										
<i>Ticket</i>	100%										
<b>D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale</b>   Massimale   Condizioni	<p>Una volta l'anno. Prevista eventuale seconda ablazione nell'arco dello stesso anno qualora il medico ne riscontri la necessità</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right;">In Rete</td> <td style="text-align: center;">illimitato</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Fuori Rete</td> <td style="text-align: center;">€ 1.000,00 condiviso con Cure Dentarie</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>In Rete</i></td> <td style="text-align: center;">100%, compreso 1 spazzolino bluetooth a Nucleo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>Fuori Rete</i></td> <td style="text-align: center;">max. € 80,00 anno/persona</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>Ticket</i></td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </table>	In Rete	illimitato	Fuori Rete	€ 1.000,00 condiviso con Cure Dentarie	<i>In Rete</i>	100%, compreso 1 spazzolino bluetooth a Nucleo	<i>Fuori Rete</i>	max. € 80,00 anno/persona	<i>Ticket</i>	100%
In Rete	illimitato										
Fuori Rete	€ 1.000,00 condiviso con Cure Dentarie										
<i>In Rete</i>	100%, compreso 1 spazzolino bluetooth a Nucleo										
<i>Fuori Rete</i>	max. € 80,00 anno/persona										
<i>Ticket</i>	100%										
<b>D.3 Visita pedodontica e/o ablazione tartaro</b>   Massimale Condizioni	<p>Una volta l'anno. Prevista eventuale seconda ablazione nell'arco dello stesso anno qualora il medico ne riscontri la necessità</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right;">In Rete</td> <td style="text-align: center;">illimitato</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>Fuori Rete</i></td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>Fuori Rete</i></td> <td style="text-align: center;">max. € 150,00 anno/persona</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>Ticket</i></td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </table>	In Rete	illimitato	<i>Fuori Rete</i>	100%	<i>Fuori Rete</i>	max. € 150,00 anno/persona	<i>Ticket</i>	100%		
In Rete	illimitato										
<i>Fuori Rete</i>	100%										
<i>Fuori Rete</i>	max. € 150,00 anno/persona										
<i>Ticket</i>	100%										
<b>D.4 Sigillatura denti figli minorenni</b>  Massimale Condizioni	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right;">In Rete</td> <td style="text-align: center;">illimitato</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>Fuori Rete</i></td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>Fuori Rete</i></td> <td style="text-align: center;">max. € 80,00 per dente max. 2 denti</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><i>Ticket</i></td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </table>	In Rete	illimitato	<i>Fuori Rete</i>	100%	<i>Fuori Rete</i>	max. € 80,00 per dente max. 2 denti	<i>Ticket</i>	100%		
In Rete	illimitato										
<i>Fuori Rete</i>	100%										
<i>Fuori Rete</i>	max. € 80,00 per dente max. 2 denti										
<i>Ticket</i>	100%										

<p><b>D.5 Apparecchi ortodontici per minori</b></p> <p>Massimale</p> <p>In Rete € 450,00</p> <p>Fuori Rete € 300,00</p> <p>Condizioni</p> <p><i>In Rete</i> Erogazione di un contributo 1 volta ogni 3 anni di € 400,00 per un apparecchio ortodontico per ciascun minore</p> <p><i>Fuori Rete</i> Erogazione di un contributo 1 volta ogni 3 anni di € 250,00 per un apparecchio ortodontico per ciascun minore</p>	
<p><b>D.6 Interventi chirurgici odontoiatrici (in regime di ricovero e ambulatoriale)</b></p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p><i>In Rete</i> 100%</p> <p><i>Fuori Rete</i> previsto per le seguenti prestazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- max. € 200,00 per estrazione dente deciduo in anchilosi</li> <li>- max. € 150,00 per pedo estrazione dente deciduo</li> <li>- max. € 200,00 per estrazione dente permanente</li> </ul> <p><i>Ticket</i> 100%</p>	<p>Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) ; Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pedo estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrici</p> <p>€ 5.500,00 In Rete/Fuori Rete</p>
<p><b>D.7 Prestazioni odontoiatriche d'urgenza</b></p> <p>Massimale</p> <p>Prestazioni</p>	<p>solo in Rete, max. 1 volta all'anno</p> <p>illimitato</p> <p>Visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica; Trattamento di pronto soccorso endodontico manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica; Otturazione/ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato. Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.</p>
<p><b>D.8 Manutenzione impianti e sostituzione corone</b></p> <p>Massimale</p> <p>In Rete € 1.100,00</p> <p>Fuori Rete € 300,00</p> <p>Condizioni</p> <p><i>In Rete</i> max. € 400,00 per un impianto, € 700,00 per 2 impianti e € 1.100,00 in caso di 3 o più impianti</p> <p><i>Fuori Rete</i> 100%</p>	<p>ad integrazione del massimale degli Interventi chirurgici odontoiatrici</p>

## E. PREVENZIONE

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

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

### E.1 SCREENING GENERICI

<b>E.1.1 Controllo delle allergie e delle intolleranze alimentari</b> Massimale		1 volta ogni 3 anni, da elenco
	In Rete	illimitato
<b>E.1.2 Ricerca presenza Helicobacter Pylori</b> Massimale		1 volta ogni 3 anni
	In Rete	illimitato
<b>E.1.3 Prevenzione Herpes Zoster (&gt;55 anni)</b> Massimale		Eseguibile presso i Centri Autorizzati del Network
	In Rete	Illimitato
	Franchigia	€ 36,15

### E.2 PREVENZIONE BASE

<b>E.2.1 Esami di prevenzione</b> Massimale		esami del sangue, delle urine, delle feci, elettrocardiogramma di base e ecotomografia addome superiore come da elenco, una volta l'anno
	In Rete	illimitato
	Fuori Rete	€ 80,00 a pacchetto
<b>E.2.2 Sindrome metabolica</b> Massimale		una volta l'anno/ogni 6 mesi, prestazioni da elenco
	In Rete	illimitato
	Fuori Rete	€ 25,00 a pacchetto (€ 50,00 in caso di sindrome conclamata)

### E.3 PREVENZIONE DONNA

<b>E.3.1 Pacchetto Donna</b> Massimale		prestazioni per la prevenzione del tumore al seno, sostegno della menopausa e patologie connesse all'osteoporosi, come da elenco, con periodicità di esecuzione variabile
	In Rete	illimitato
	Fuori Rete	€ 80,00
<b>E.3.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)</b> Massimale		1 volta ogni 2 anni
	In Rete	Illimitato
	Fuori Rete	€ 50,00 a pacchetto da aggiungersi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Donna

E.4 PREVENZIONE UOMO							
<b>E.4.1 Pacchetto Uomo</b>  Massimale	prestazioni per la prevenzione di patologie cardiovascolari/ urologiche, come da elenco, una volta ogni 2 anni  <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 50%;">In Rete</td> <td style="text-align: center;">Illimitato</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Fuori Rete</td> <td style="text-align: center;">€ 80,00</td> </tr> </table>	In Rete	Illimitato	Fuori Rete	€ 80,00		
In Rete	Illimitato						
Fuori Rete	€ 80,00						
<b>E.4.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto Uomini - over 50)</b>  Massimale	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">1 volta ogni 2 anni, da elenco</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 50%;">In Rete</td> <td style="text-align: center;">illimitato</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Fuori Rete</td> <td style="text-align: center;">€ 50,00 a pacchetto da aggiungersi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	1 volta ogni 2 anni, da elenco	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 50%;">In Rete</td> <td style="text-align: center;">illimitato</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Fuori Rete</td> <td style="text-align: center;">€ 50,00 a pacchetto da aggiungersi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo</td> </tr> </table>	In Rete	illimitato	Fuori Rete	€ 50,00 a pacchetto da aggiungersi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo
1 volta ogni 2 anni, da elenco							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 50%;">In Rete</td> <td style="text-align: center;">illimitato</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Fuori Rete</td> <td style="text-align: center;">€ 50,00 a pacchetto da aggiungersi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo</td> </tr> </table>	In Rete	illimitato	Fuori Rete	€ 50,00 a pacchetto da aggiungersi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo			
In Rete	illimitato						
Fuori Rete	€ 50,00 a pacchetto da aggiungersi a € 80,00 previsti nel Pacchetto Uomo						
E.5 PREVENZIONE MINORI							
<b>E.5.1 Protocollo Minori</b>  Massimale	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 50%;">In Rete</td> <td style="text-align: center;">da elenco</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Fuori Rete</td> <td style="text-align: center;">autonomo illimitato</td> </tr> </table>	In Rete	da elenco	Fuori Rete	autonomo illimitato		
In Rete	da elenco						
Fuori Rete	autonomo illimitato						
<b>6 mesi-2 anni non compiuti</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 50%;">Prestazioni</td> <td>           Visita pediatrica            Visita otorinolaringoiatrica con test audiometrico         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Condizioni</td> <td style="text-align: center;">max. € 36,00</td> </tr> </table>	Prestazioni	Visita pediatrica Visita otorinolaringoiatrica con test audiometrico	Condizioni	max. € 36,00		
Prestazioni	Visita pediatrica Visita otorinolaringoiatrica con test audiometrico						
Condizioni	max. € 36,00						
<b>2-4 anni non compiuti</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 50%;">Prestazioni</td> <td>           Visita oculistica completa            Tonometria            Esame del fundus            Stereopsi e color test            Valutazione ortottica            Visita neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo)            Esami di laboratorio per screening della celiachia, da elenco            Biopsia intestinale (se esami di cui alla riga superiore positivi)         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Condizioni</td> <td style="text-align: center;">max. € 60,00</td> </tr> </table>	Prestazioni	Visita oculistica completa Tonometria Esame del fundus Stereopsi e color test Valutazione ortottica Visita neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) Esami di laboratorio per screening della celiachia, da elenco Biopsia intestinale (se esami di cui alla riga superiore positivi)	Condizioni	max. € 60,00		
Prestazioni	Visita oculistica completa Tonometria Esame del fundus Stereopsi e color test Valutazione ortottica Visita neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) Esami di laboratorio per screening della celiachia, da elenco Biopsia intestinale (se esami di cui alla riga superiore positivi)						
Condizioni	max. € 60,00						
<b>4-6 anni non compiuti</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right; width: 50%;">Prestazioni</td> <td>           Visita neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo)            Visita odontoiatrica e ortodontica, in alternativa alle analoghe prestazioni previste dalla garanzia Odontoiatria            Visita oculistica completa            Tonometria            Esame del fundus            Stereopsi e color test            Valutazione ortottica         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Condizioni</td> <td style="text-align: center;">max. € 80,00 (1 spazzolino bluetooth alla prima visita odontoiatrica/igiene effettuata in assistenza diretta)</td> </tr> </table>	Prestazioni	Visita neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) Visita odontoiatrica e ortodontica, in alternativa alle analoghe prestazioni previste dalla garanzia Odontoiatria Visita oculistica completa Tonometria Esame del fundus Stereopsi e color test Valutazione ortottica	Condizioni	max. € 80,00 (1 spazzolino bluetooth alla prima visita odontoiatrica/igiene effettuata in assistenza diretta)		
Prestazioni	Visita neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) Visita odontoiatrica e ortodontica, in alternativa alle analoghe prestazioni previste dalla garanzia Odontoiatria Visita oculistica completa Tonometria Esame del fundus Stereopsi e color test Valutazione ortottica						
Condizioni	max. € 80,00 (1 spazzolino bluetooth alla prima visita odontoiatrica/igiene effettuata in assistenza diretta)						



<b>6-8 anni non compiuti</b>	Prestazioni	Visita odontoiatrica e ortodontica, in alternativa alle analoghe prestazioni previste dalla garanzia Odontoiatria Visita oculistica completa Tonometria Esame del fundus Stereopsi e color test
	Condizioni	max. € 60,00
<b>8-11 anni non compiuti</b>	Prestazioni	Visita ortopedica Visita endocrinologica
	Condizioni	max. € 36,00
<b>11-18 anni non compiuti</b>	Prestazioni	Visita pediatrica Visita ortopedica Visita endocrinologica Analisi del sangue, da elenco
	Condizioni	max. € 50,00
<b>E.6 PREVENZIONE TERZIARIA</b>		
<b>E.6.1 Monitoraggio Ipertensione Massimale</b>	In Rete	unica soluzione, 1 volta all'anno, da elenco illimitato
	Fuori Rete	€ 36,00 a pacchetto da aggiungersi agli € 80,00 previsti negli Esami di prevenzione
<b>E.6.2 Monitoraggio asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) Massimale</b>	In Rete	1 volta ogni 2 anni, da elenco illimitato
	Fuori Rete	€ 36,00 a pacchetto da aggiungersi agli € 80,00 previsti negli Esami di prevenzione
<b>E.7 ALTRI CONTROLLI</b>		
<b>E.7.1 Pacchetto prevenzione tumori della pelle Massimale</b>	In Rete	prestazioni da effettuarsi in una unica soluzione, 1 volta ogni 3 anni: visita specialistica dermatologica e epiluminescenza illimitato
	Fuori Rete	€ 50,00 a pacchetto
<b>E.7.2 Pacchetto prevenzione di patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio e controllo posturale Massimale</b>	In Rete	1 volta l'anno: visita fisiatrica o visita osteopatica illimitato
	Fuori Rete	€ 50,00 a pacchetto
<b>E.7.3 Monitoraggio delle patologie tiroidee Massimale</b>	In Rete	1 volta ogni 2 anni, da elenco illimitato
	Fuori Rete	€ 50,00 a pacchetto

## F. INVALIDITÀ PERMANENTE

(per patologie o infortuni insorti anche precedentemente l'attivazione della copertura sanitaria)

<b>F.1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) certificata dall'INAIL</b> tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%	plafond una tantum, In Rete (da elenco)/Fuori Rete (da elenco)  € 7.000,00 € 10.000,00 € 15.000,00
<b>F.2 Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore al 80% (a fronte della sussistenza dei presupposti di cui al punto F.1)</b> tra 80% e 90% tra 91% e 100%	plafond una tantum, In Rete (da elenco)/Fuori Rete (da elenco)  € 8.000,00 € 10.000,00
<b>F.3 Monitoraggio domiciliare per stati di invalidità sopra identificati</b>  <i>In Rete</i>	Illimitato, prestazioni da elenco
<b>F.4 Servizi di assistenza globale integrata a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne</b> Massimale  <i>In Rete</i>	€ 5.000,00

## G. ALTRE PRESTAZIONI

<b>G.1 Interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)</b> Massimale  <i>In Rete</i> <i>Fuori Rete</i>  Condizioni  <i>In Rete</i> <i>Fuori Rete</i> <i>S.S.N.</i>	da elenco  € 5.000,00 per evento € 2.500,00 per evento  100% 100% 100%
<b>G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto</b> Massimale  <i>In Rete</i> <i>Fuori Rete</i>	€ 260,00 una tantum ogni 3 anni + contributo aggiuntivo € 120,00 per rottura lenti e € 85,00 per furto/smarrimento occhiali o rottura montatura oggetto di indennizzo della copertura € 200,00 una tantum ogni 3 anni + contributo aggiuntivo € 80,00 per rottura lenti e € 55,00 per furto/smarrimento occhiali o rottura montatura oggetto di indennizzo della copertura
<b>G.3 Procreazione medicalmente assistita (tutte le tecniche)</b> Massimale  <i>In Rete</i> <i>Fuori Rete</i>	€ 700,00 € 500,00

<p><b>G.4 Farmaci</b> Farmaci Fascia C, Farmaci Fascia A rimborsabili da parte del SSN solo in presenza delle note AIFA, Omeopatici, Farmaci per Infiltrazioni Articolari, Vaccini pediatrici e antiallergici <i>Farmaci a massimale pieno/Farmaci a massimale ridotto</i> Massimale In Rete Fuori Rete Condizioni In Rete Fuori Rete</p>	<p>cfr. elenco  € 350,00 max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto max. € 150,00 in caso di farmaci a massimale ridotto  franchigia € 15,00, scoperto 25% franchigia € 20,00, scoperto 35%</p>
<p><b>G.5 Rimborso ticket per acquisto medicinali</b> Massimale Fuori Rete</p>	<p>€ 350,00 in comune con i Farmaci di fascia C € 150,00 con franchigia € 10,00</p>
<p><b>G.6 Visita di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti</b> Massimale In Rete Fuori Rete Condizioni In Rete Fuori Rete Ticket</p>	<p>illimitato illimitato  1 volta al mese - eseguibile presso i Centri Autorizzati del Network  1 volta all'anno, massimo € 36,00 per visita 100%</p>
<p><b>G.7 Trisomia 21</b></p>	<p>In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a € 1.000,00 per anno/neonato.</p>
<p><b>G.8 Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)</b></p>	<p>Il contributo concesso nella misura di € 1.000,00 annuali innalzati ad € 1.200,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito ed è valido per un solo genitore, anche nel caso in cui entrambi i genitori fossero ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato. Ai fini dell'indennizzo il ricovero in RSA deve essere stato almeno pari a 12 mesi consecutivi.</p>
<p><b>G.9 Servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica</b></p>	<p>Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica pediatrica generica e specialistica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Nel caso la guardia medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza tali da motivare l'attivazione della visita domiciliare, predisporrà l'effettuazione della stessa. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite il servizio di Guardia medica saranno liquidate con l'applicazione di una franchigia di € 36,00 per ogni visita, che l'Assistito dovrà versare direttamente al medico specialista.</p>

<p><b>G.10 Visite psicologiche/psichiatriche</b> <i>per anoressia o bulimia adolescenziale</i></p> <p>In Rete Fuori Rete</p> <p>Ticket</p> <p><i>a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica</i></p> <p>In Rete Fuori Rete</p> <p>Ticket</p> <p><i>post parto</i></p>	<p>un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia max. € 350,00 condiviso con visite post grave malattia oncologica max. € 250,00 condiviso con visite post grave malattia oncologica max. € 36,00 a visita 100%</p> <p>un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia max. € 350,00 condiviso con visite per anoressia/bulimia max. € 250,00 condiviso con visite per anoressia/bulimia, max. € 36,00 a visita 100%</p> <p>v. pacchetto maternità</p>
<p><b>G.11 Logopedia figli minorenni</b> Massimale</p> <p>In Rete Fuori Rete Ticket</p>	<p>€ 100,00 100% max. € 20,00 a seduta 100%</p>
<p><b>G.12 Prestazioni figli: Obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari</b></p>	
<p><b>G.12.1 Bambini</b> <b>Visite ed accertamenti diagnostici</b> Massimale</p> <p>In Rete/Fuori Rete In Rete Fuori Rete Ticket</p> <p><b>Esami di laboratorio</b> Massimale</p> <p>In Rete/Fuori Rete In Rete Fuori Rete Ticket</p>	<p>€ 10.000,00 anno/figli 100% max. € 36,00 per visita e per fattura 100%</p> <p>€ 5.000,00 anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura 100% max. € 36,00 a fattura 100%</p>
<p><b>Bilancia wireless</b></p>	<p>solo in caso di obesità conclamata</p>
<p><b>G.12.2 Adolescenti</b> <b>Visite ed accertamenti diagnostici</b> Massimale</p> <p>In Rete/Fuori Rete In Rete Fuori Rete Ticket</p> <p><b>Esami di laboratorio</b> Massimale</p> <p>In Rete/Fuori Rete In Rete Fuori Rete Ticket</p>	<p>max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno € 10.000,00 anno/figli 100% max. € 36,00 per visita e per fattura 100%</p> <p>€ 5.000,00 anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura 100% max. € 36,00 a fattura 100%</p>

<p><b>G.13 Promozione dell'attività sportiva:</b> <b>A) Rimborso Quota Associativa sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica</b></p> <p style="text-align: right;">Fuori Rete</p> <p><b>B) Visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo)</b></p> <p style="text-align: right;">In Rete Fuori Rete</p>	<p>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.</p> <p style="text-align: right;">€ 120,00</p> <p>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</p> <p style="text-align: right;">illimitato € 55,00</p>
<p><b>G.14 Spese per la frequenza di Colonie Estive</b></p> <p style="text-align: right;">In Rete Fuori Rete</p>	<p>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</p> <p style="text-align: right;">€ 120,00 € 75,00</p>
<p><b>G.15 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici</b> Massimale</p> <p style="text-align: right;">Fuori Rete</p>	<p style="text-align: right;">€ 750,00</p> <p>max. € 100,00 a protesi, ortesi, presidio e ausilio</p>
<p><b>G.16 Cure termali</b> Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione) Massimale</p> <p style="text-align: right;">In Rete Fuori Rete Ticket</p> <p>Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico ) Massimale</p> <p style="text-align: right;">In Rete Fuori Rete Ticket</p>	<p style="text-align: right;">illimitato</p> <p>50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno max. € 35,00 a ciclo; 1 volta l'anno</p> <p style="text-align: right;">100,00%</p> <p style="text-align: right;">illimitato</p> <p>50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno max. € 45,00 a ciclo; 1 volta l'anno</p> <p style="text-align: right;">100,00%</p>

## H. PRESTAZIONI SOCIALI

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

<p><b>H.1 Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>H.2 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili</b></p>	<p>Indennizzo annuo di ammontare pari ad € 750,00 per Nucleo Familiare innalzato da € 1.000,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.</p>
<p><b>H.3 Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea</b></p>	<p style="text-align: right;">Indennità di € 350,00</p>

<b>H.4 Rette Asili Nido</b>	Indennità di € 400,00 innalzata ad € 550,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito erogata per l'anno scolastico, a titolo forfettario, a favore del Nucleo Familiare che utilizza per il/i proprio/i figlio/i asilo nido pubblico o privato, legalmente riconosciuto.
<b>H.5 Consulto nutrizionale e dieta personalizzata</b>  <div style="text-align: right;">           In Rete Fuori Rete         </div>	<div style="text-align: center;">           1 consulto e dieta personalizzata all'anno illimitato € 80,00 (€ 50,00 visita + € 30,00 dieta)         </div>
<b>H.6 Borse di Studio per i figli dei dipendenti</b>	a) Diploma di istruzione secondaria superiore: € 350,00 b) Iscrizione, in corso, al secondo anno di università: € 500,00 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

## I. CONTO SALUTE

<b>I.1 Piano di risparmio sanitario (costruito con la logica delle polizze sanitarie utilizzate nel National Health System nel Regno Unito e note come "cash plan") che consente ai nuclei familiari di accreditare su un proprio conto dedicato i risparmi sanitari derivanti da ciascuna annualità assicurativa al fine di poter disporre di una maggior somma in termini di rimborso al verificarsi di uno o più eventi inclusi in copertura.</b>	<p style="text-align: center;"><b>MODALITÀ DI ALIMENTAZIONE DEL CONTO SALUTE:</b></p> <p><b>A) Accumulo di Bonus Salute:</b>          qualora l'assicurato nel corso del triennio di copertura effettui annualmente almeno uno dei protocolli destinati alla diagnosi precoce delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT - ovvero Pacchetto Uomo/Donna, Pacchetto Ipertensione, Pacchetto per Prevenzione Asma e BPCO) sarà accreditato alla fine del triennio sul suo Conto Salute un importo pari al 25% del premio annuo. Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).</p> <p><b>B) Risparmio Sanitario:</b>          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>
--	---

## J. SERVIZI DI CONSULENZA ED ASSISTENZA

- Diagnosi comparativa
- Prestazioni a tariffe agevolate
- Consulenza medica
- Guardia medica permanente
- Second opinion
- Second opinion internazionale
- Tutoring
- Doctor on line
- Consegna Esiti a Domicilio
- Invio medicinali al domicilio
- Collaboratore familiare
- Spesa a domicilio
- Servizio prenotazione taxi
- Organizzazione trasporto ambulanza
- Rimpatrio salma
- Invio di un medico generico a domicilio
- Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio
- Gestione dell'appuntamento

Previsti

**\* Definizione di nucleo familiare (oltre al titolare lavoratore):**

**1) i soggetti di cui alle lett. a) e c) del DPR. n. 917/1986, ossia:**

- il coniuge fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato
- i figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati)

**2) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1)**

I soggetti di cui ai precedenti punti non devono possedere un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) superiore ad euro 2.840, 51 (DPR. n. 917/1986, punto n. 2) o quello pro tempore vigente.

Inoltre:

- i figli non fiscalmente a carico purchè conviventi
- i figli non fiscalmente a carico e non conviventi sino ai 30 anni di età che siano regolarmente iscritti ad Università aventi sede in provincia diversa dal genitore titolare della copertura

È data facoltà inoltre al lavoratore di estendere la copertura su base volontaria a fronte del pagamento del relativo premio:

- ai componenti del nucleo familiare di base con massimale autonomo
- ai componenti del nucleo familiare non a carico non rientranti nella definizione di "nucleo familiare", con condivisione dei massimali o con massimali autonomi (la scelta sulla condivisione o meno dei massimali è a valere sull'intero nucleo non a carico) intesi per tali:
  - il coniuge non fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016);
  - figli non fiscalmente a carico non conviventi con coniuge divorziato affidati in sentenza di separazione
  - i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1).

**\*\*I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo, con le seguenti eccezioni:**

- **D.2 visita odontoiatrica e/o igiene orale e D.3 visita pedodontica e/o ablazione del tartaro, per le quali il massimo fuori rete è da intendersi anno/persona**
- **E. prevenzione, per la quale i massimali fuori rete adulti e i massimali fuori rete minori non si cumulano tra loro (si veda la nota di cui al capitolo E. Prevenzione)**

Si precisa inoltre che i massimali illimitati operano anche dopo l'esaurimento dei massimali a rimborso.

**\*\*\*Qualora l'Assistito sia domiciliato o residente in una Provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso, sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta, con eccezione delle prestazioni di cui ai capitoli D. Odontoiatria, E. Prevenzione, G.10 Logopedia figli minorenni**

Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.

### **Come vengono erogate le prestazioni sanitarie?**

Le prestazioni sono garantite attraverso due regimi di erogazione:

1. **Assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle **strutture convenzionate appartenenti al Network sanitario** reso disponibile dal Fondo, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale, pertanto, **non deve anticipare alcuna somma** -fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico-.

2. **Assistenza sanitaria rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da **strutture sanitarie liberamente scelte** dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

### **Come si prenotano le prestazioni sanitarie?**

L'Assistito potrà effettuare la prenotazione delle prestazioni mediche tramite la **Centrale Operativa (numero verde 800.189671, digitare 1)** che provvederà a contattare direttamente la struttura convenzionata.

La Centrale Operativa provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica (via fax, e-mail o sms) della prenotazione effettuata.

In alternativa, l'Assistito, utilizzando le credenziali, potrà accedere nella propria Area riservata e richiedere le prenotazioni delle prestazioni sanitarie di cui necessita cliccando sul tasto "Assicurazione" ed inserendo on line i dati richiesti.

**CONTACT CENTER AMMINISTRATIVO**  
Attivo dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18:00

**PER PRENOTARE PRESTAZIONI  
SANITARIE**

**PER CHIEDERE INFORMAZIONI SUL  
FONDO METASALUTE**

**POSTA CERTIFICATA**  
presidenzafondometasalute@pec.it

**E-MAIL**  
info@fondometasalute.it



Attivo dal lunedì al venerdì  
dalle 9:00 alle 18:00



