



mēta salute
FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

Scheda sintetica Piano Base

2022/2023

La scheda sintetica è predisposta in modo da costituire un agile strumento per agevolare la comprensione e la conoscenza delle prestazioni previste dal proprio Piano Sanitario. Sono sintetizzate le prestazioni e i relativi massimali, scoperti e franchigie.

I contenuti di questo documento hanno carattere puramente riassuntivo di quanto riportato nelle "Condizioni di assicurazione", che regolano le prestazioni assicurative erogate da Intesa Sanpaolo RBM Salute per dare esecuzione ai Piani Sanitari. In caso di eventuale contrasto tra quanto scritto in questo documento e quanto riportato nelle Condizioni di assicurazione, vale sempre e solo quanto riportato all'interno delle Condizioni di assicurazione.

Il contratto resta, pertanto, l'unico strumento valido per una completa ed esauriente conoscenza dei Piani Sanitari e delle condizioni contrattuali.

DOCUMENTI, INFORMAZIONI E CONTATTI



Sul sito www.fondometasalute.it è possibile consultare tutte le Condizioni di assicurazione, le schede sintetiche di tutti i piani, i DIP (documento informativo precontrattuale), i manuali con le procedure amministrative e tutti i documenti necessari per l'utilizzo del Fondo. E' possibile inoltre accedere alla proprio Area Riservata per la richiesta delle prestazioni o per comunicare con il Fondo

CONTATTI TELEFONICI

Contact Center
Amministrativo del Fondo

800.189671

Centrale Operativa Intesa
Sanpaolo RBM Salute

800.991815



Scheda sintetica PIANO BASE 2022/2023

La seguente scheda sintetica è stata redatta da Intesa Sanpaolo RBM Salute ed è pubblicata – insieme a tutti gli altri documenti - sul sito www.fondometasalute.it



Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100609 Metasalute

PIANO BASE METASALUTE

**Massimali*/somme
assicurate -
scoperti/franchigie/
massimi
indennizzabili**

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO 2 ALLE CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale		
A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (compreso nell'elenco di cui all'allegato 2 alle CDA)		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 15% Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi Scoperto 30%
Pre/post		giorni illimitati
Trasporto di primo soccorso		100%
Retta di degenza dell'accompagnatore		100%
A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) compreso nell'elenco di cui all'allegato 2 alle CDA		100,00 euro al giorno max. 150 gg.
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE		
B.1 Alta Specializzazione		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	da elenco illimitato 20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici



Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% max. 55,00 euro per visita Scoperto 30%
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici Massimale		20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
Condizioni	Ticket	Scoperto 30%
B.4 Accertamenti diagnostici Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% max. 36,00 euro per fattura Scoperto 30%
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (inclusa copertura per parto cesareo) - B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO - Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N. - test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale - amniocentesi o villocentesi: • per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione • per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. - B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia - controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale - una visita anestesilogica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.	Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).	
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% 100% Scoperto 30%



- B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale	diretta	Illimitato
	rimborso/S.S.N.	Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	Scoperto 30%
C. FISIOTERAPIA		
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio		
Massimale	diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	Scoperto 30%
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	Scoperto 30%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	Scoperto 30%

D. ODONTOIATRIA

D.1 Cure dentarie		cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta	3.500,00 euro
Condizioni	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
		Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero 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 è all'estero.
	diretta	Scoperto 35%
	rimborso	Scoperto 25%
	Ticket	Scoperto 30%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale	diretta	illimitato
Condizioni	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	Scoperto 30%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno.
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	Scoperto 30%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di 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 odontoiatrico.

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

Massimale
Condizioni

3.500,00 euro

diretta
Ticket

Scoperto 35%
Scoperto 30%

E. PREVENZIONE

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti previsti dalla presente sezione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 Prevenzione base

esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES solo se espressamente richieste dal MMG], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, ecotomografia addome superiore (4/5 organi) solo per esigenze motivate dal Medico di Medicina Generale (MMG) Una volta l'anno per l'Assicurato o per un



		componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023). Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG.
Massimale	diretta	Illimitato
Condizioni	rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.1.2 Sindrome metabolica		L'Assicurato deve essere preliminarmente visitato dal Medico di Medicina Generale (MMG) che valuterà se ricorrono le condizioni sanitarie per la partecipazione al presente protocollo di prevenzione, fornendo le informazioni necessarie richieste dal questionario online. L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata. Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
Massimale	diretta	Illimitato
Condizioni	rimborso	25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni • Visita ginecologica + PAP TEST Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B) Donne – tra 40 e 49 anni • Visita senologica • Mammografia Donne – oltre i 50 anni - Mammografia Donne – senza limiti di età - Ecografia transvaginale solo se espressamente richiesta dal MMG



		Il pacchetto è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		
		Il Pacchetto Uomo è autorizzato solo previa visita del MMG e può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023). Uomo - oltre i 21 anni - visita cardiologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) solo se espressamente richiesta dal MMG Uomo - oltre i 50 anni • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo Uomo - senza limite di età - visita urologica solo se espressamente richiesta dal MMG - ecografia prostatica (Ecografia transrettale) solo se espressamente richiesta dal MMG
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		
		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023):



		<ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO SPA (solo se espressamente richieste dal MMG)
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)		
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio)		
A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL		
fra 24% e 33%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco) 7.000,00 euro
>33% e fino 66%		10.000,00 euro
>66% e fino 100%		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%		
fra 80% e 90%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco) 8.000,00 euro
tra 91% e 100%		10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	5.000,00 euro per evento 2.500,00 euro per evento
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% Scoperto 30%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto		
Massimale	Diretta/rimborso	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche		
Massimale	diretta rimborso	700,00 euro 500,00 euro
G.4 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)		
		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.5 Visite psicologiche/psichiatriche		
Massimale	diretta	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro



Condizioni	rimborso/ Ticket	250,00 euro
	diretta rimborso Ticket	100% max. 36,00 euro per visita 100%
G.6 Logopedia figli minorenni Massimale	diretta rimborso Ticket	100,00 euro 100% max. 20,00 euro a seduta 100%

H. PRESTAZIONI SOCIALI

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

H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo	Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro 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%.
--	---

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al 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, consultazione on line-home insurance.

***I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato**

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

I CONTATTI DEL FONDO

CONTACT CENTER AMMINISTRATIVO

Per informazioni anagrafiche, recupero password, registrazione e informazioni relative alle procedure attive sulla piattaforma del Fondo

800.189671

CENTRALE OPERATIVA INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Per informazioni sul Piano Sanitario, autorizzazioni alle prestazioni in regime diretto, verifica dello stato delle pratiche di rimborso

800.991815

SITO WEB DEL FONDO

Per tutte le informazioni, i documenti, l'accesso all'area riservata, i contatti e la richiesta delle prestazioni

www.fondometasalute.it

meta salute
FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI