



## SPECIALE METASALUTE

tutto quello che si deve sapere

tutto quello che bisogna fare

### GUIDA ALL'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Le prestazioni sono garantite attraverso due regimi di erogazione:

**a) assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile al Fondo mètaSalute da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico;

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

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate è obbligatorio attivare il regime di assistenza sanitaria diretta; qualora l'assistito non provveda ad effettuare la preattivazione, la prestazione non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.

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

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

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario avvalersi di medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999) o titolo equivalente

riconosciuto in Italia.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it). Inoltre, sempre dal sito del Fondo mètaSalute [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it), **previa autenticazione, si accede all'Area Riservata agli iscritti dove è possibile:**

- a) consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;**
- b) compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. C).**

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Assistiti ai quali all'atto dell'iscrizione sono state rilasciate login e password. Attraverso il pulsante "prestazioni sanitarie dal 01/01/2017" è possibile usufruire anche del servizio che garantisce una informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

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



**Manifestazione unitaria per il rinnovo del contratto nazionale tenutasi a Brescia 1 luglio 2016**

### DOPO IL CCNL...

*Il Contratto nazionale, così come richiesto dalla piattaforma Fiom, stabilisce che ogni lavoratrice e ogni lavoratore metalmeccanico - anche i lavoratori assunti a tempo determinato per un periodo di almeno 5 mesi e i lavoratori licenziati a seguito di una procedura di licenziamento collettivo (fino a 12 mesi dopo la risoluzione del rapporto di lavoro) - e i loro familiari abbiano diritto alla assistenza sanitaria integrativa. La contribuzione - pari a 156 euro annue - è a totale carico dell'azienda. La Fiom è impegnata a far sì che questo diritto ad una migliore e più estesa copertura sanitaria, integrativa del servizio sanitario pubblico, sia conosciuto ed esercitato da tutti i lavoratori, e dai loro familiari per contrastare un fenomeno sempre più diffuso: la rinuncia alle prestazioni sanitarie e a curarsi, spesso per ragioni economiche. Nello stesso tempo la Fiom è impegnata a realizzare una assistenza sanitaria che sia integrativa, non sostitutiva, del servizio sanitario pubblico e a definire, attraverso convenzioni e intese con le Aziende Sanitarie del territorio, una sanità integrativa per i lavoratori metalmeccanici capace di valorizzare il patrimonio di competenza, professionalità e eccellenza del servizio sanitario nazionale.*

**Francesca Re David**  
Segretario Generale della Fiom



**NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIOM UN BEL PASSO AVANTI  
NON RIMANERE INDIETRO, ISCRIVITI**

**LA FIOM  
INFORMA**



## **ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DEI LAVORATORI METALMECCANICI**



[WWW.FIOM-CGIL.IT](http://WWW.FIOM-CGIL.IT)

### **LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA**

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere la relativa autorizzazione. A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto. In caso di mancata presentazione all'appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.

#### **A. RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI PRIMA DEL RICOVERO/ INTERVENTO CHIRURGICO**

##### **A.1.1 PRENOTAZIONE ED AUTORIZZAZIONE**

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, per effettuare la prenotazione e ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad

usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta.

Per richiedere la prenotazione dell'intervento e conseguente autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:  
- **800.99.18.15** da telefono fisso e cellulare (numero verde);  
- **+39 0422.17.44.299** per chiamate dall'estero.

La richiesta alla Centrale Operativa dovrà pervenire con un preavviso di almeno 24 ore (1 giorno lavorativo). Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, rispetto alla data dell'appuntamento previsto.

A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e

comunque con almeno 24 ore (1 giorno lavorativo) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 24 ore prima dell'evento.

In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

**La Centrale Operativa è a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.**

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- preferenze sulla data della prestazione.

L'Assistito dovrà trasmettere via fax, al numero +39 0422.17.44. 799 o via mail ([assistenza.metasalute@](mailto:assistenza.metasalute@previmedical.it)

[previmedical.it](http://previmedical.it)) alla Centrale Operativa:

- prescrizione (compresa la prescrizione medica elettronica) della prestazione da effettuare;
- certificato medico (compresa la prescrizione medica elettronica) attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere o g g e t t i v a m e n t e documentabile.

Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

- In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta,

avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

**A seguito della prenotazione effettuata dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Sanitaria, verrà rilasciata l'autorizzazione ad eseguire la prestazione nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.**

**In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o e-mail.**

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla

prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, della relativa autorizzazione.

### A.1.2 LA PRENOTAZIONE ONLINE (TRAMITE AREA RISERVA O APP MOBILE)

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la prenotazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it), avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Prenotazione Assistenza Convenzionata online".

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato. Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i

criteri di ricerca della struttura sanitaria in funzione della tipologia di ricovero da eseguire. Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

L'assistito dovrà indicare inoltre la preferenza sulla data della prestazione ed allegare la documentazione medica attestante il ricovero da eseguire.

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di prenotazione.

A seguito della prenotazione effettuata dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Sanitaria, verrà rilasciata l'autorizzazione ad eseguire la prestazione nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. In sede di accesso alla Struttura Convenzionata,

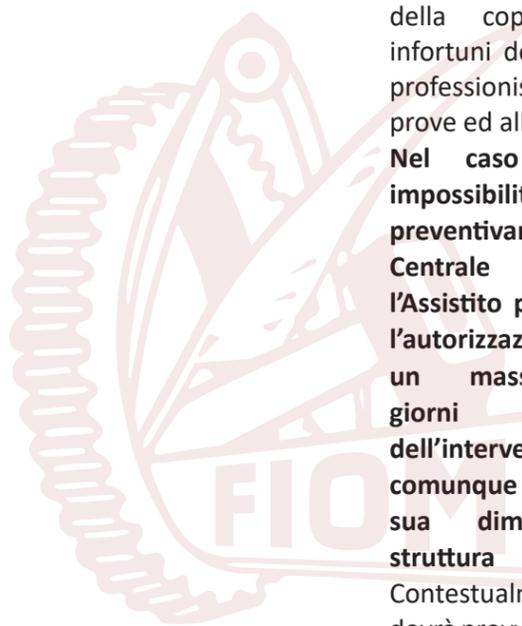
l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS o e-mail.

### A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo), è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a richiedere l'invio della seguente documentazione a mezzo fax (+39 0422.17.44.799) o e-mail (assistenza.metasalute@previmedical.it):

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo



della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione entro un massimo di 3 giorni dall'esecuzione dell'intervento e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata.

Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato. Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza. La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;

- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile.

Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza



**NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIO M UN BEL PASSO AVANTI  
NON RIMANERE INDIETRO, ISCRIVITI**



**LA FIO M  
INFORMA**



## ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DEI LAVORATORI METALMECCANICI

Con il Contratto nazionale sottoscritto il **26 novembre 2016** è riconosciuta a tutti i metalmeccanici l'assistenza sanitaria integrativa a totale carico delle imprese e **dal 1 ottobre 2017 tutte le lavoratrici e lavoratori metalmeccanici ne possono usufruire.**

Le prestazioni sanitarie integrative comprendono anche i familiari fiscalmente a carico del lavoratore, ivi compresi i conviventi di fatto.

**Per familiari fiscalmente a carico si intendono:**



**→ IL CONIUGE DEL LAVORATORE**

*con riferimento anche alle unioni civili non legalmente ed effettivamente separate;*

**→ I FIGLI** compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati;

**→ I CONVIVENTI DI FATTO**



**I familiari fiscalmente a carico non devono possedere un reddito complessivo annuo superiore a 2.840 €** (valore previsto dalle attuali norme fiscali e che potrebbe essere adeguato). I familiari hanno diritto alle prestazioni sanitarie integrative finché il lavoratore è iscritto.



**NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIOM UN BEL PASSO AVANTI  
NON RIMANERE INDIETRO, ISCRIVITI**



## DECORRENZA E MODALITÀ DI ADESIONE

Dal 1 ottobre 2017 tutte le aziende che applicano il CCNL Federmeccanica-Assistal devono:



1. aderire al Fondo mètaSalute
2. versare una contribuzione di 156 € annui (suddivisi in 12 quote mensili di 13 € l'una)
3. iscrivere, superato il periodo di prova, tutti i lavoratori dipendenti:

- a tempo indeterminato, compresi i lavoratori part time e a domicilio;
- apprendisti;
- a tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi a decorrere dall'iscrizione;
- l'intera contribuzione mensile è dovuta anche in caso di aspettativa per malattia, tutte le tipologie di Cig, maternità facoltativa, part time;
- inoltre, mantengono il diritto alla contribuzione dell'azienda e all'iscrizione al Fondo, per un periodo di 12 mesi i lavoratori il cui rapporto di lavoro si è risolto a seguito di licenziamento collettivo (Legge 223/'91) o individuale (art. 7 Legge 604/'1966), che beneficiano della Naspi.



*(dal 1 ottobre 2017 cessa per i lavoratori già iscritti il contributo a loro carico)*

### A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.

### DOPO IL RICOVERO / INTERVENTO CHIRURGICO

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc..

Previmedical per conto del Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della

documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

### B. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (ove previsto dal Piano Sanitario) PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

#### B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale

Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati: - 800.99.18.15 da telefono fisso e cellulare (numero verde); - +39 0422.17.44. 299 per chiamate dall'estero.

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo).

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni (di calendario) per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie (se previste dal proprio piano sanitario), rispetto alla data dell'appuntamento previsto. A tal fine,

**pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 24 ore (1 giorno lavorativo) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa. Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 3 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 24 ore prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.**

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione

con diagnosi e/o quesito diagnostico;

- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile.

Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il

Modulo CID (constatazione amichevole).

La Centrale Operativa verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l' **a n a g r a f i c a** dell'interessato;
  - lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).
- La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall' Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.). Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax o e-mail, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico). L'autorizzazione sarà

rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l' **a u t o r i z z a z i o n e** alla prestazione extraospedaliera a mezzo web sms o e-mail.

La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax o e-mail la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical per conto del Fondo mètaSalute, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa

o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche "non convenzionali" (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

**In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.**

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico-medici del caso, della relativa autorizzazione.

### **B.1.2 LA PREATTIVAZIONE**

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it), avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili.

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato. Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una prima maschera per la scelta della prestazione da attivare in assistenza diretta (ricoveri, visite specialistiche, esami di laboratorio, prestazioni odontoiatriche, ecc.). Successivamente l'Assistito passa ad una seconda maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione a tal fine,

l'Assistito potrà indicare:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- la provincia ove è ubicata la struttura.
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture facenti parte del Network che rispondono ai criteri di ricerca, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare online la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi. A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

**L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.**

L'Assistito, nell'ipotesi



**NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIOM UN BEL PASSO AVANTI  
NON RIMANERE INDIETRO, ISCRIVITI**



**LA FIOM  
INFORMA**



## **POSSONO CONTINUARE AD ESSERE ISCRITTI AL FONDO:**

- **i lavoratori in caso di trasferimento di azienda**, ai sensi dell'art. 47 Legge 428/1990 e cambio di contratto collettivo nazionale di lavoro a seguito di mutamento dell'attività aziendale, quando previsto dall'accordo sindacale
- **i lavoratori in aspettativa sindacale** in Legge 300/1970

### **POSSONO INOLTRE ISCRIVERSI, CON CONTRIBUZIONE A LORO CARICO**

- **i familiari NON fiscalmente a carico appartenenti al nucleo familiare compresi i conviventi di fatto.**

**Dal 1 aprile 2018** anche i lavoratori e le lavoratrici delle aziende che applicano il **CCNL orafa argentiero e gioielleria e i loro familiari** hanno diritto alle medesime condizioni all'assistenza sanitaria integrativa.

Le aziende orafe argentiere dovranno aderire al Fondo **mètaSalute** e versare la medesima contribuzione.





**NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIOM UN BEL PASSO AVANTI  
NON RIMANERE INDIETRO, ISCRIVITI**



**LA FIOM  
INFORMA**



## MODALITÀ DI ADESIONE



**Dal 4 settembre 2017 le aziende dovranno registrarsi (direttamente o tramite consulente) sul sito del Fondo [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it)** alla sezione “registrazione aziende” e inserire le anagrafiche dei lavoratori e successivamente a mantenere aggiornate mensilmente le anagrafiche dei dipendenti.

**Il lavoratore iscritto, dal 1 ottobre 2017, dovrà registrarsi sul sito del Fondo [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it)** nella specifica sezione e generare le credenziali che gli consentiranno l’accesso all’Area Riservata nella quale potrà verificare la propria posizione anagrafica e gestire le richieste di prestazioni sanitarie.

**Il lavoratore che intende iscrivere il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico e il convivente di fatto**

- **deve accedere al sito** e, attraverso la propria Area Riservata con le credenziali generate al momento della registrazione, **compilare la parte relativa al nucleo familiare allegando i documenti richiesti**
- **la contribuzione per i familiari fiscalmente a carico e per i conviventi di fatto è ricompresa nella contribuzione annua a totale carico dell’azienda**
- **la registrazione sarà di immediata visione.**



in cui l’analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest’ultima l’autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo web sms o e-mail.

### **B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA**

La procedura d’urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 24 ore (1 giorno lavorativo), è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna. Per l’attivazione della procedura d’urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione. Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax o e-mail allegando:

- prescrizione/certificato medico contenente il

quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un’autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;

- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.

- in caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l’infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore di

preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell’attivazione. Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all’apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l’attivazione della procedura d’urgenza. La procedura d’urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all’estero, per le quali l’Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l’autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

### **B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA**

Qualora l’Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata né presentata a rimborso.

### **B.2 LA PRENOTAZIONE**

Ferma restando la necessità di ottenere preventivamente l’autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo B.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l’Assistito potrà effettuarla anche per il tramite della Centrale Operativa che provvederà a contattare direttamente la Struttura Convenzionata. Nell’ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest’ultima provvederà a fornire all’Assistito un’informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

### **DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE**

A prestazione avvenuta, l’Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l’eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento). Previmedical per conto del Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese nei termini

previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell’eventuale ulteriore documentazione giustificativa.

### **LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE C. DOMANDA DI RIMBORSO C.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO**

Per ottenere il rimborso, l’Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

- **documentazione medica**
  - a) prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate



NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIOM UN BEL PASSO AVANTI  
NON RIMANERE INDIETRO, ISCRIVITI



LA FIOM  
INFORMA



### Il lavoratore che intende iscrivere il proprio nucleo familiare **NON fiscalmente a carico** e il convivente di fatto

- **deve accedere al sito** e, attraverso la propria Area Riservata con le credenziali generate al momento della registrazione, compilare la parte relativa al nucleo familiare allegando i documenti richiesti
- **versare la contribuzione che verrà definita dal Fondo** con le procedure indicate dallo stesso
- **iscrivere i familiari** entro le due finestre temporali annuali previste (1 gennaio - 30 maggio e 1 giugno - 30 novembre)
- **l'iscrizione ha durata annuale** e il rinnovo dell'adesione avviene con il saldo della contribuzione
- **la registrazione sarà di immediata visione.**

È facoltà del lavoratore esprimere rinuncia scritta all'adesione a **mètaSalute** da comunicare alla propria azienda.

L'omissione parziale o totale del versamento dei contributi dovuti dall'azienda per i dipendenti iscritti determina la sospensione delle prestazioni sanitarie.

La sospensione sarà comunicata da **mètaSalute** ai lavoratori ed all'azienda. Il Fondo riattiverà l'erogazione delle prestazioni sanitarie al ripristino della contribuzione dandone conferma all'azienda ed al lavoratore.



NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIOM UN BEL PASSO AVANTI  
NON RIMANERE INDIETRO, ISCRIVITI



LA FIOM  
INFORMA



### I lavoratori assunti successivamente alla data del 31 dicembre 2017, in aziende nelle quali non sono vigenti accordi di assistenza sanitaria integrativa aziendale avranno una carenza di 4 mesi:



- i lavoratori avranno diritto alle prestazioni sanitarie **dal 1° giorno del 5° mese successivo a quello in cui avviene la prima contribuzione**
- **manterranno il diritto dopo la cessazione dell'attività lavorativa** per un periodo di tempo corrispondente alla carenza sopra citata (4 mesi).

### Iscrizione del nucleo familiare/convivente:

- **entro il 15 del mese** le prestazioni sanitarie decorrono **dal 1° giorno del mese successivo**
- **dopo il 15 del mese** le prestazioni sanitarie decorrono **dal 1° giorno del secondo mese successivo all'iscrizione**



mediante trasmissione del relativo referto; In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.

In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Si precisa che non sono ammessi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;

**b)** cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso;

**c)** relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;

**d)** certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta). Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in una unica soluzione entro la fine dell'anno;

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

**f)** copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di followup (visite,

accertamenti, ecc.);

**g)** prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, in caso di trattamenti fisioterapici;

**h)** certificato medico attestante la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità.

- **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature e **l e t t r o m e d i c a l i**, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che

dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

**TUTTA LA DOCUMENTAZIONE DOVRÀ ESSERE FISCALMENTE IN REGOLA CON LE VIGENTI DISPOSIZIONI DI LEGGE E REDATTA IN LINGUA ITALIANA, O COMUNQUE CORREDATA DA TRADUZIONE IN LINGUA ITALIANA. NON SONO AMMESSI DOCUMENTI DI SPESA CHE PRESENTINO CANCELLATURE E CORREZIONI.**

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

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di

liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso al Fondo mètaSalute e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'assicurato,

- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta

Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire);

- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;

- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza il Fondo mètaSalute alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;

- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;

- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un



**NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIOM UN BEL PASSO AVANTI  
NON RIMANERE INDIETRO, ISCRIVITI**



**LA FIOM  
INFORMA**



## **IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI DECADE IN CASO DI:**



- **decesso del dipendente** e/o dei componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico e dei conviventi di fatto;
- **cessazione del rapporto di lavoro** del dipendente o applicazione di CCNL diverso da quello dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti fatto salvo quanto previsto da eventuali accordi aziendali;
- **mancato versamento della contribuzione;**
- **aspettativa non retribuita** (per cause diverse dall'aspettativa per malattia e per maternità facoltativa), il diritto alle prestazioni riprende dal mese successivo alla comunicazione del termine della stessa;
- **esclusione disposta dal CdA** in caso di dolo o colpa grave dell'iscritto;
- **rinuncia del lavoratore.**

Il lavoratore ha la facoltà di utilizzare ulteriori prestazioni sanitarie aggiuntive alle prestazioni base versando il relativo maggior contributo (anche con la possibilità di utilizzo dei flexible benefits contrattuali), i cui termini sono definiti dal regolamento di mètaSalute disponibile sul sito [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it).



unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

## C.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it) (sezione: Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando fotocopia della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

### FONDO MÈTASALUTE

PRESSO RBM

ASSICURAZIONE SALUTE

S.P.A. –

UFFICIO LIQUIDAZIONI

C/O PREVIMEDICAL S.P.A.

VIA E. FORLANINI, 24 –

LOCALITÀ BORGO VERDE –

31022 PREGANZIOL (TV)



## LAVORATORI DI IMPRESE COPERTI DA POLIZZA INTEGRATIVA AZIENDALE RICONOSCIUTA UNILATERALMENTE DALL'AZIENDA

- dal 1 ottobre 2017 la contribuzione non può essere inferiore a 156 € annui suddivisi in 12 quote mensili da 13 € l'una;
- nel caso in cui la polizza non copra tutti i lavoratori l'azienda è tenuta ad iscrivere a **mètaSalute** dal 1 ottobre 2017 i lavoratori privi di copertura assicurativa;
- le prestazioni sanitarie integrative dovranno essere garantite gratuitamente anche per i familiari fiscalmente a carico ivi compreso i conviventi di fatto;
- in caso sia prevista una contribuzione aggiuntiva a proprio carico il lavoratore potrà, a scadenza della polizza sanitaria, scegliere di iscriversi a **mètaSalute**.

## C.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ONLINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera C.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso potrà trasmettere online le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute,

unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa.

A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it) (AREA RISERVATA).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla

giuridicamente equivalente all'originale.

La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di riservatezza

e sicurezza.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere comunque avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § II, lett. C.2).



## LAVORATORI DI IMPRESE COPERTI DA ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE



Le parti in sede aziendale procederanno **entro il 31 dicembre 2017** ad armonizzare i contenuti dell'accordo ed eventualmente, se inferiore ai 156 € annui, adeguando la contribuzione aziendale a quanto previsto dal contratto. Inoltre:

- nel caso in cui la polizza non copra tutti i lavoratori l'azienda è tenuta ad iscrivere a **mètaSalute** dal 1 ottobre 2017 i lavoratori privi di copertura assicurativa;
- le prestazioni sanitarie integrative dovranno essere garantite gratuitamente anche per i familiari fiscalmente a carico ivi compreso i conviventi di fatto;
- in caso sia prevista una contribuzione aggiuntiva a proprio carico il lavoratore potrà, a scadenza della polizza sanitaria, scegliere di iscriversi a **mètaSalute**.





NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIOM UN BEL PASSO AVANTI  
NON RIMANERE INDIETRO, ISCRIVITI



LA FIOM  
INFORMA



## IMPRESE CHE GARANTISCONO UNILATERALMENTE A TUTTI I LAVORATORI PRESTAZIONI SANITARIE CON POLIZZA AZIENDALE:



- dal 1 ottobre 2017 la contribuzione non può essere inferiore a 156 € annui suddivisi in 12 quote mensili da 13 € l'una;
- le prestazioni sanitarie integrative dovranno essere garantite gratuitamente anche per i familiari fiscalmente a carico ivi compreso i conviventi di fatto;
- in caso sia prevista una contribuzione aggiuntiva a proprio carico il lavoratore potrà, a scadenza della polizza sanitaria, scegliere di iscriversi a **mètaSalute**;
- non dovranno registrarsi e fornire anagrafica dei lavoratori;
- se insieme ai lavoratori l'impresa decide l'adesione a **mètaSalute** dal 1 gennaio 2018, dovrà comunicare entro il 30 novembre l'anagrafica dei lavoratori;
- i lavoratori in questo caso potranno beneficiare delle prestazioni senza periodo di carenza.



NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIOM UN BEL PASSO AVANTI  
NON RIMANERE INDIETRO, ISCRIVITI



LA FIOM  
INFORMA



## LE PROSSIME DECORRENZE

### DAL 1 OTTOBRE 2017

A tutti i lavoratori e ai familiari fiscalmente a carico sono estese a totale carico delle imprese, **come richiesto con la piattaforma della Fiom**, le attuali prestazioni di sanità integrativa in essere.

### DAL 1 GENNAIO 2018

Il Fondo mètaSalute definirà, attraverso una gara con le principali compagnie assicurative che terminerà entro il mese di settembre 2017, la gestione di nuove e più ampie prestazioni sanitarie integrative anche con la previsione di più piani integrativi. Successivamente dal mese di ottobre i contenuti delle nuove prestazioni potranno essere resi noti a tutti i lavoratori metalmeccanici.



10

**NUOVO CONTRATTO  
PER TUTTI, CON LA FIOM  
UN BEL PASSO AVANTI**

**NON RIMANERE  
INDIETRO, ISCRIVITI**



**LA FIOM  
INFORMA**



## **ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DEI LAVORATORI METALMECCANICI**

**Dal 1 ottobre 2017**, il Contratto nazionale sottoscritto il 26 novembre 2016 ha riconosciuto l'assistenza sanitaria integrativa a totale carico delle imprese a tutti i metalmeccanici assunti a tempo indeterminato compresi i lavoratori part time e a domicilio e apprendisti - e a tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi.

Inoltre i lavoratori avranno diritto all'assistenza sanitaria integrativa in caso di:

- aspettativa per malattia, tutte le tipologie di Cig, maternità facoltativa, part time;
- collocazione in Naspi a seguito di licenziamento collettivo (Legge 223/91) o individuale (art.7 Legge 604/96) che beneficiano della Naspi (per un periodo di 12 mesi).

Le prestazioni sanitarie integrative comprendono anche i familiari fiscalmente a carico del lavoratore, ivi compresi i conviventi di fatto.

**Dal 1 ottobre 2017 tutte le aziende che applicano il CCNL Federmeccanica-Assistal devono:**

- aderire al Fondo metàSalute; 
- versare una contribuzione di 156€ annui (suddivisi in 12 quote mensili di 13 € l'una);
- iscrivere, superato il periodo di prova, tutti i lavoratori dipendenti  
(dal 1 ottobre 2017 cessa per i lavoratori già iscritti il contributo a loro carico).

I lavoratori possono inoltre iscrivere, con contribuzione a loro carico i familiari NON fiscalmente a carico appartenenti al nucleo familiare compresi i conviventi di fatto.

**Dal 1 aprile 2018** anche i lavoratori e le lavoratrici delle aziende che applicano il CCNL orafo argentario e gioielleria e i loro familiari hanno diritto alle medesime condizioni all'assistenza sanitaria integrativa. Le aziende orafe argentiere dovranno aderire al Fondo metàSalute e versare la medesima contribuzione.



**NUOVO CONTRATTO PER TUTTI,  
CON LA FIOM UN BEL PASSO AVANTI**

**NON RIMANERE  
INDIETRO, ISCRIVITI**

**WWW.FIOM-CGIL.IT**



**Modalità di adesione:** sia le aziende che i lavoratori dovranno registrarsi sul sito del Fondo [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it).

**Le aziende dal 4 settembre 2017 e i lavoratori dal 1° ottobre 2017.**

**Il lavoratore dovrà registrare anche il proprio nucleo familiare** sul sito del Fondo dal quale potrà verificare la propria posizione anagrafica e gestire le richieste di prestazioni sanitarie, anche con il supporto dei delegati e delle strutture della Fiom.

**Il lavoratore che intende iscrivere il proprio nucleo familiare NON fiscalmente a carico deve versare la contribuzione che verrà definita dal Fondo.**

È facoltà del lavoratore esprimere rinuncia scritta all'adesione a metàSalute da comunicare alla propria azienda.

**Se l'azienda non versa parzialmente o interamente il contributo i lavoratori perdono le prestazioni sanitarie.**

I lavoratori assunti successivamente alla data del 31 dicembre 2017, in aziende nelle quali non sono vigenti accordi di assistenza sanitaria integrativa aziendale, avranno diritto alle prestazioni dopo una carenza di 4 mesi (dal 5° mese successivo alla prima contribuzione). Le loro prestazioni saranno successivamente mantenute, dopo la cessazione del rapporto di lavoro, per un periodo di tempo corrispondente alla carenza (4 mesi).

**Le prestazioni per i componenti del nucleo familiare decorrono dal mese successivo all'iscrizione qualora avvenga entro il 15 del mese; due mesi dopo se i familiari sono registrati dopo il 15 del mese.**

**I lavoratori e il nucleo familiare perdono il diritto in caso di decesso del dipendente o di cessazione del rapporto di lavoro, in caso di mancato versamento, o di aspettativa non retribuita.**

**Il lavoratore ha la facoltà di utilizzare, a partire dal 2018, ulteriori prestazioni sanitarie aggiuntive** alle prestazioni base versando il relativo maggior contributo (anche con la possibilità di utilizzo dei flexible benefits contrattuali).

Nelle imprese in cui sono presenti accordi aziendali o polizze riconosciute dall'azienda le parti in sede aziendali procederanno **entro il 31 dicembre 2017** ad armonizzare i contenuti dell'accordo ed eventualmente, se inferiore ai 156€ annui, adeguando la contribuzione aziendale a quanto previsto dal contratto.

Inoltre:

- nel caso in cui la polizza non copra tutti i lavoratori, l'azienda è tenuta ad iscrivere a metàSalute dal 1 ottobre 2017 i lavoratori privi di copertura assicurativa;
- le prestazioni sanitarie integrative dovranno essere garantite gratuitamente anche ai familiari fiscalmente a carico ivi compreso i conviventi di fatto;
- in caso sia prevista una contribuzione aggiuntiva a proprio carico il lavoratore potrà, a scadenza della polizza sanitaria, scegliere di iscriversi a metàSalute.

