MÉTAL Fiom

GIORNALE DELLE LAVORATRICI E DEI LAVORATORI DELLA FEDERAZIONE IMPIEGATI E OPERAI METALLURGICI - CGIL BRESCIA
Direttore responsabile Wilma Prandelli - Autorizzazione del tribunale di Brescia n. 42/91 - Coordinamento editoriale & Grafica : Roberto Rubicondi
25126 Brescia, via F.lli Folonari, n.20 - Tel. 030 37 292 70, fax 030 29 48 42 - E-mail: metalfiom@fiom.brescia.it - Internet: www.fiom.brescia.it
Stampa FDA Eurostampa, Borgosatollo - Tiratura 10.000 copie distribuite gratuitamente - Anno XXI° - n. 81 - OTTOBRE 2017

SPECIALE METASALUTE/2

LE PRESTAZIONI PIU' SIGNIFICATIVE DEL PIANO SANITARIO DI BASE

mètaSalute
Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

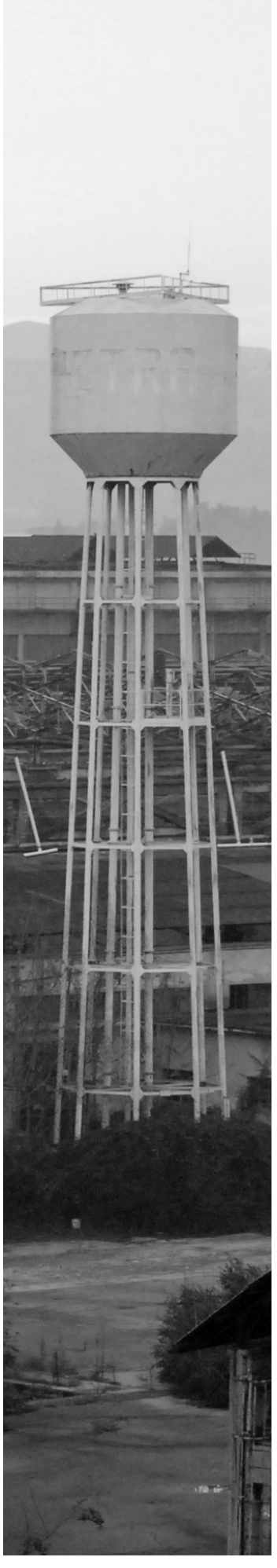
Il Piano Sanitario Base opera in caso di malattia o infortunio e copre le prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico, come le spese relative al ricovero, agli esami, agli onorari, alle rette di degenza, al monitoraggio domiciliare, al vitto e al pernottamento dell'accompagnatore, ai medicinali, alle spese per la diaria da convalescenza e al ricovero per interventi chirurgici a favore di neonati.
Permette, inoltre, ai lavoratori di ottenere prestazioni extra-ospedaliere di alta specializzazione (Angiografia, Chemioterapia, Ecografia, Doppler, etc.), rimborso ticket sanitari per accertamenti diagnostici, spese per le cure fisioterapiche riabilitative, spese per visite odontoiatriche, per i trattamenti di igiene orale, per le cure conservative e le protesi dentarie.
Nel caso di intervento chirurgico odontoiatrico metàSalute sostiene le spese per una serie di interventi effettuati sia in ospedale che in ambulatorio e consente inoltre di effettuare esami per la prevenzione di diverse patologie e garantisce il sostegno ai soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente.

RICOVERO

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento. *Il solo intervento di Pronto Soccorso, Intervento chirurgico ambulatoriale, o day-hospital non costituiscono ricovero.*

Prestazioni coperte dal Piano:

a) Esami, analisi, accertamenti e visite pre-ricovero :
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero stesso. Sono compresi anche i prodotti di immunonutrizione prima del ricovero.
b) Intervento chirurgico :
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento compresi gli apparecchi protesici e endoprotesici.
c)Assistenza medica, medicinali, cure :
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
d) Retta di degenza :
È prevista con esclusione delle spese per comfort o per la copertura di bisogni non essenziali.
e) Esami, analisi, accertamenti e visite post-ricovero :
Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
f) Monitoraggio domiciliare del paziente nel pre-post ricovero e lungodegenza :
Prevede il monitoraggio di pazienti che devono affrontare un percorso operatorio o che hanno subito un ricovero attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'assistito.
g) Accompagnatore :
Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera.
h)Trasporto di primo soccorso :
Trasporto con ambulanza presso un istituto di cura e da un istituto a un altro, sia in Italia che all'estero, senza limiti chilometrici. È escluso dal Piano il trasporto con eliambulanza.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale convenzionato il massimale è illimitato e le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo alla struttura convenzionata.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato con il Fondo il regime rimborsuale è sempre ammesso. Il rimborso delle spese sostenute avviene senza l'applicazione di scoperti o franchigie nel limite del massimale previsto per ogni singolo intervento chirurgico.
Nel caso in cui nella provincia del domicilio/ residenza non siano presenti strutture convenzionate, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.
Utilizzando il Servizio Sanitario Nazionale vengono rimborsate integralmente le spese per i ticket sanitari o per trattamento alberghiero sostenute durante il ricovero e rimaste a carico dell'iscritto.



ODONTOIATRIA / ORTODONZIA

Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia

Il Fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese per viste odontoiatriche e/o sedute di igiene orale, cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi dentarie. Sono comprese anche eventuali visite non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse,

nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con mètaSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato con mètaSalute il regime rimborsuale è sempre ammesso, le prestazioni vengono rimborsate secondo il massimale previsto per ogni singola prestazione.
Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale mètaSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari. Il massimale annuo assicurato per cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia corrisponde a € 550,00 per anno/persona.

Interventi chirurgici odontoiatrici

Il Fondo mètaSalute liquida integralmente le spese sostenute per:
•osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso del cavo orale;
•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 endoodontico endocanalare;
•gengivectomia per emiarcata;
•estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento). Solo nei casi sopraelencati è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale a completamento dell'intervento.
Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa
La documentazione medica necessaria per ottenere l'indennizzo consiste in :
Radiografie e referti radiologici in caso di:
•osteiti mascellari;
•iperostosi;
•osteomi;
•rizotomia e rizectomia;
•ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare;
•intervento per iperstosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.);
•gengivectomia per emiarcata;
•estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento).

Radiografie e referti radiologici e referti istologici per:
•odontoma;
•cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari;
•asportazione di epulide con resezione del bordo;
•adamantinoma;
•neoplasie ossee;
•ricostruzione del fornice (per emiarcata);
•ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico (per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.).
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con mètaSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato il regime rimborsuale è sempre ammesso, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente all'Assistito senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, mètaSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Il massimale assicurato per quanto riguarda gli interventi chirurgici odontoiatrici è di € 5.000,00 per anno/persona.

FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per trattamenti di fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio, a partire dal 1° giorno successivo all'infortunio stesso (avvenuto durante l'operatività del Piano Sanitario), esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fondo, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato il regime rimborsuale è sempre ammesso, le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo all'Assistito fino a 20,00 euro per prestazione.
Nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con mètaSalute le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Iscritto secondo le regole dell'assistenza diretta.
Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari. Il limite di spesa annuo a disposizione per la copertura è di € 700 per anno/persona.

FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INTERVENTO

MètaSalute provvede al pagamento delle spese per trattamenti di fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria, esclusivamente a fini riabilitativi, eseguiti a partire dal 91° giorno post intervento indennizzabile secondo i termini riportati dalla garanzia "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato il massimale è illimitato e le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie

o di personale non convenzionato con mètaSalute il regime rimborsuale è sempre ammesso, le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo all'Assistito entro i massimali previsti per i singoli interventi chirurgici. Nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con mètaSalute, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Iscritto secondo le regole dell'assistenza diretta.
Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, mètaSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari.

FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per trattamenti di fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni vengono erogate dal Fondo alle strutture convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato il regime rimborsuale è sempre ammesso e le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo all'Assistito fino a 20,00 euro per prestazione.
Nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con mètaSalute, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Iscritto secondo le regole dell'assistenza diretta.
Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, mètaSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari. Il massimale di spesa è di € 300 per anno/persona.

PRESTAZIONI ALTA SPECIALIZZAZIONE

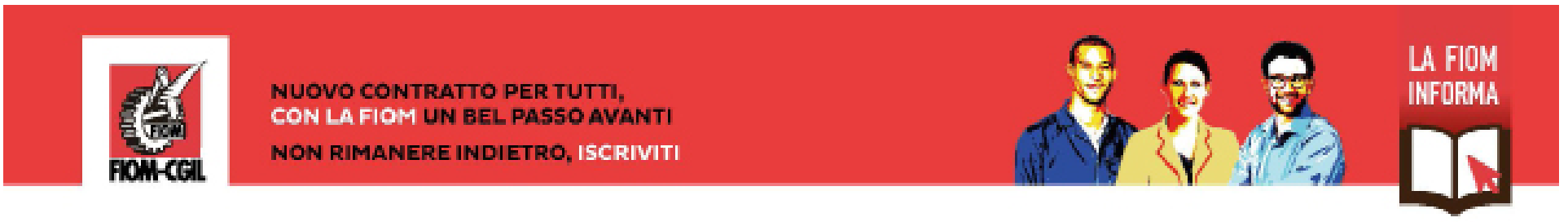
MètaSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere:
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia / Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti:
- Accertamenti endoscopici
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie:
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Prestazioni di Alta Specializzazione aggiuntiva:
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Amniocentesi

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato le spese vengono liquidate direttamente alla struttura convenzionata senza applicazione di franchigie o scoperti; nel caso di strutture sanitarie non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate all'Iscritto fino a un massimo di 50 € per accertamento o ciclo di terapia.
Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, mètaSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.
Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito



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 separato;
→ **I FIGLI** *compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati;*
→ **I CONVIVENTI DI FATTO**

FIOM-CGIL SPONSOR UFFICIALE DEI TUOI DIRITTI

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.

diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La somma massima a disposizione è pari a € 10.000,00 anno/persona, condivisa con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici, Accertamenti diagnostici.

VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. *Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.*
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato le spese vengono liquidate direttamente alla struttura convenzionata senza applicazione di franchigie o scoperti; nel caso di strutture sanitarie non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate all'Iscritto fino a un massimo di € 36 per visita.
Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, mètaSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. La somma massima a disposizione è pari a € 10.000,00 anno/persona, condivisa con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici, Accertamenti diagnostici.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Fondo mètaSalute provvede:
•al rimborso dei ticket sanitari (Servizio Sanitario Nazionale) per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici;
•alla copertura delle spese per esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici - diversi da quelli previsti "Alta Specializzazione"- eseguiti presso strutture sanitarie e medici convenzionati con il Fondo.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato le spese vengono liquidate direttamente alla struttura convenzionata senza applicazione di franchigie o scoperti; nel caso di strutture sanitarie non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate all'Iscritto fino a un massimo di € 36 a fattura.
La somma massima a disposizione è pari a € 10.000,00 anno/persona, condivisa con la garanzia Alta Specializzazione, Visite specialistiche.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE (SUCCESSIVA A RICOVERO)

Il Fondo, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile dal Piano stesso, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di:
• Ospedalizzazione domiciliare
•Assistenza medica
•Assistenza riabilitativa
•Assistenza infermieristica e farmacologica tendente al recupero della funzionalità fisica.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato le spese vengono liquidate direttamente alla struttura convenzionata senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto entro un massimale annuo di € 20.000.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate all'Iscritto entro un massimale annuo di € 10.000.

DIARIA DA CONVALESCENZA

Nel caso di ricovero per intervento chirurgico, indennizzabile dal Piano sanitario, il Fondo liquida una diaria da convalescenza di € 100 al giorno per un massimo di 20 giorni per anno. La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.

SINDROME METABOLICA

Il Fondo mette a disposizione un programma mirato ad evidenziare il rischio di Sindrome Metabolica.
Per attivare la copertura, l'Iscritto dovrà compilare il questionario nell'Area Riservata iscritti del sito del Fondo. I contenuti verranno analizzati ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Iscritto l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'Area Riservata, accessibile tramite username e password.
Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato. L'iscritto verrà contattato dal Fondo periodicamente per compiere verifiche sull'applicazione delle indicazioni fornite.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato il massimale previsto è illimitato.
Nel caso di strutture sanitarie non convenzionate il massimale previsto è di € 25 a pacchetto elevato a € 50 in caso di Sindrome conclamata.

IL PACCHETTO PREVENZIONE

Le prestazioni previste all'interno del Pacchetto Prevenzione servono a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si ritiene siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.
Queste devono essere effettuate in un'unica soluzione una volta l'anno. Non è necessaria alcuna prescrizione medica.

Di seguito l'elenco delle prestazioni:

Esami del sangue
•Alanina aminotransferasi ALT
•Aspartato Aminotransferasi AST
•Colesterolo HDL
•Colesterolo totale
•Creatinina
•Esame emocromocitometrico e morfologico completo
•Gamma GT
•Glicemia
•Trigliceridi
•Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
•Tempo di protrombina (PT)
•Urea
•VES
•Urine; esame chimico, fisico e microscopico
•Feci: Ricerca del sangue occulto
•Elettrocardiogramma di base
•Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato il massimale previsto è illimitato. Nel caso di strutture sanitarie non convenzionate il massimale previsto è di € 80 a pacchetto.
Il Fondo mette, inoltre, a disposizione tre nuovi percorsi di prevenzione, il Pacchetto Donna, il Pacchetto Uomo e la Prevenzione Posturale.

IL PACCHETTO PREVENZIONE DONNA

prevede una serie di prestazioni per la prevenzione del tumore al seno, di sostegno al periodo della menopausa, e di patologie connesse all'osteoporosi.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato Il massimale previsto è illimitato. Nel caso di Strutture sanitarie non convenzionate il massimale annuo previsto è di € 80 per anno/persona.

IL PACCHETTO PREVENZIONE UOMO

prevede una serie di prestazioni per la prevenzione di patologie cardiovascolari e urologiche.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato Il massimale previsto è illimitato. Nel caso di Strutture sanitarie non convenzionate il massimale annuo previsto è di € 80 per anno/persona.

PREVENZIONE POSTURALE

il Fondo provvede anche al pagamento una volta l'anno di una visita fisiatrica. *Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato Il massimale previsto è illimitato. Nel caso di Strutture sanitarie non convenzionate il massimale previsto è di € 50 a pacchetto.*

PRESTAZIONI PER I MINORI

Il Fondo offre un Protocollo per minori - destinato ai figli fiscalmente a carico inseriti gratuitamente nel Piano Sanitario del titolare- con condivisione con il genitore dei massimali previsti per i pacchetti prevenzione.
Le prestazioni offerte variano in base all'età dei figli.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato il massimale previsto è illimitato.
Nel caso di strutture sanitarie non convenzionate il massimale previsto varia a seconda del pacchetto.

PRESTAZIONI PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente:
• Per invalidità con grado compreso tra l'80% e il 90% il massimale previsto è di € 8.000 solo in regime rimborsuale;
• Per invalidità con grado tra 91% e 100% il massimale è di €10.000 solo in regime rimborsuale;
• Monitoraggio domiciliare del paziente in uno stato di non autosufficienza.

ASSISTENZA GLOBALE E NOLEGGIO AUSILI MEDICO-SANITARI A SEGUITO DI RICOVERO PER NEOPLASIE MALIGNE

In caso di ricovero chirurgico-medico per neoplasia maligna, il Fondo rimborsa tramite la rete di strutture convenzionate prestazioni di:
• ospedalizzazione domiciliare,
•assistenza medica, riabilitativa, infermieristica, farmacologica, per un periodo di 60 giorni successivi alla data di dimissioni e 120 giorni successivi previsti dalle coperture

Post ricovero per i casi d'intervento previsti dal piano sanitario.
Il massimale previsto è di € 5.000 anno/persona solo in strutture convenzionate.

FECONDAZIONE ETEROLOGA

Il Piano prevede la copertura della prestazione in strutture sanitarie presenti nei 27 Paesi UE per le spese del trattamento di Fecondazione Eterologa. *Se il trattamento è effettuato all'estero sono escluse le spese di trasferta/ trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.*
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato il massimale previsto è € 350 anno/persona. Nel caso di strutture sanitarie non convenzionate il massimale previsto è di € 250 anno/ persona.

MASSIMALI RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

Il piano sanitario paga le spese sostenute nei 120 giorni prima e nei 120 giorni dopo il ricovero per l'intervento chirurgico, per la retta di degenza per l'accompagnatore, per l'assistenza medica, i medicinali e le cure.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale convenzionato il massimale è illimitato, nel caso di strutture sanitarie o di personale non convenzionato sono previsti limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento.

MASSIMALI DI INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO PRESSO STRUTTURE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE (SSN)

In caso di ricovero per intervento chirurgico presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, vi è la corresponsione, in aggiunta alla richiesta di rimborso di altre spese previste dalle coperture del Piano sanitario, di un'indennità sostitutiva giornaliera pari a € 100 per ogni giorno, per un periodo massimo di 150 giorni, per ogni ricovero. La prima giornata di ricovero in istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

MASSIMALI CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA

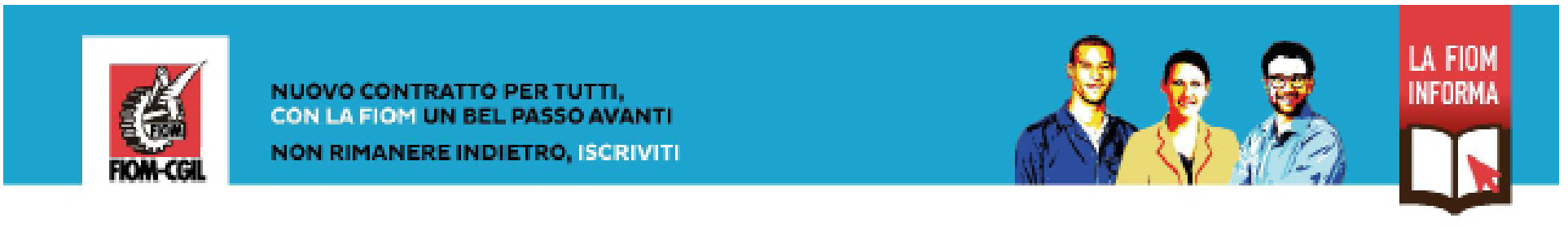
Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 550 per anno/persona. *Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con mètaSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Per le prestazioni ortodontiche vengono liquidate dal Fondo fino a un massimo di € 100.*
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato con mètaSalute il regime rimborsuale è sempre ammesso, le prestazioni vengono rimborsate secondo il massimale previsto per ogni singola prestazione.

MASSIMALE PER INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000 anno/persona. *Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con mètaSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato con mètaSalute il regime rimborsuale è sempre ammesso e le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo all'Assistito.*

MASSIMALI FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA

a) a seguito di infortunio :
Il limite di spesa annuo a disposizione per la copertura è di € 700 anno/persona. *Nel caso di strutture sanitarie convenzionate le spese vengono liquidate dal Fondo alle strutture. Nel caso di strutture non convenzionate le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo all'assistito fino ad un massimo di € 20 per prestazione.*
Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, mètaSalute rimborsa



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 orafo 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.

FIOM-CGIL SPONSOR UFFICIALE DEI TUOI DIRITTI

integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

b) post intervento

Nel caso di strutture sanitarie convenzionate il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato e le spese vengono liquidate dal Fondo alle strutture. Nel caso di strutture non convenzionate le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo all'assistito entro i massimali previsti per i singoli interventi chirurgici.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, mètaSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

c) a seguito di malattia

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è € 300 anno/persona. *Nel caso di strutture sanitarie convenzionate le spese vengono liquidate dal Fondo alle strutture. Nel caso di strutture non convenzionate le prestazioni verranno rimborsate dal Fondo all'assistito fino ad un massimo di € 20 per prestazione. Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, mètaSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.*

MASSIMALI PER VISITE SPECIALISTICHE, TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI e ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il limite di spesa annuo a disposizione per le presenti coperture è complessivamente di € 10.000 per iscritto. *Nel caso di strutture sanitarie convenzionate le spese vengono liquidate dal Fondo alle strutture. Nel caso di strutture non convenzionate le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo all'assistito fino ad un massimo di € 36 per le visite specialistiche o accertamento.*

MASSIMALI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con mètaSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale dei € 20.000 per anno/persona. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato con mètaSalute, le prestazioni vengono rimborsate entro il massimale di € 10.000 per anno/persona.

MASSIMALI DIARIA DA CONVALESCENZA

Nel caso di ricovero per intervento chirurgico, indennizzabile a termini di polizza, vi è la corresponsione di una diaria da convalescenza di € 100 al giorno per un massimo di 20 giorni per anno.

MASSIMALI PACCHETTO PREVENZIONE

Nel caso di strutture sanitarie convenzionate il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato e le spese vengono liquidate dal Fondo alle strutture. Nel caso di strutture non convenzionate le prestazioni vengono rimborsate dal Fondo all'assistito nel limite di € 80 per i pacchetti prevenzione e di € 50 per la prevenzione posturale.

PRESTAZIONI NON COPERTE

Il piano sanitario base non è operante per:

- le terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco di interventi);
- gli interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile e comunque tutti gli atti finalizzati alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) in Strutture per lunga degenza;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica sportiva esercitata professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla Radioterapia;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, atti di terrorismo;
- le conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, maremoti;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive;
- imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio;
- iniezioni sclerosanti;
- lenti da vista, lenti a contatto e montature salvo quanto previsto dal Piano sanitario;
- medicina legale e medicina del lavoro;
- medicinali non somministrati in degenza;
- prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc.;
- medicina alternativa o complementare;
- ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;
- prestazioni presso palestre, club ginnico - sportivi, studi estetici, alberghi salute;
- prestazioni non previste dai Piani sanitari;
- interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione di obesità del III tipo;
- cure ed interventi relativi alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ricoveri impropri;
- conseguenze diretto o indirette di pandemie.

NON È PREVISTO NESSUN LIMITE DI ETÀ PER IL LAVORATORE DIPENDENTE FINCHÉ SUSSISTA IL RAPPORTO DI LAVORO.

PER I FAMILIARI IL PIANO SANITARIO POTRÀ ESSERE RINNOVATO FINO AL 75° ANNO DI ETÀ DELL'ASSISTITO.

Numero Verde

800.189671

CONTACT CENTER AMMINISTRATIVO
Attivo dal lunedi al venerdi
dalle 9:00 alle 18:00

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA REGISTRAZIONE

Dal 1° ottobre le lavoratrici ed i lavoratori aderenti a mètaSalute dovranno registrarsi sul sito www.fondometasalute.it e generare le credenziali che consentiranno l'accesso all'Area Riservata, all'interno della quale potranno gestire la propria adesione e quella di eventuali familiari, aggiornare le anagrafiche e prenotare le prestazioni sanitarie.
Anche chi ha aderito in precedenza dovrà farlo, perché le vecchie credenziali non saranno più valide.
Per accedere alla nuova Area Riservata è necessario cliccare sul tasto "Area riservata" sul sito www.fondometasalute.it.
Comparirà la seguente schermata

Occorrerà eseguire la registrazione cliccando sul tasto verde "Registrati" e, successivamente, selezionare come tipologia di utenza "dipendente".
Il primo dato richiesto nella fase di registrazione è il codice fiscale. Il sistema permetterà la registrazione dei soli lavoratori dipendenti il cui Codice Fiscale è stato inserito dall'azienda.

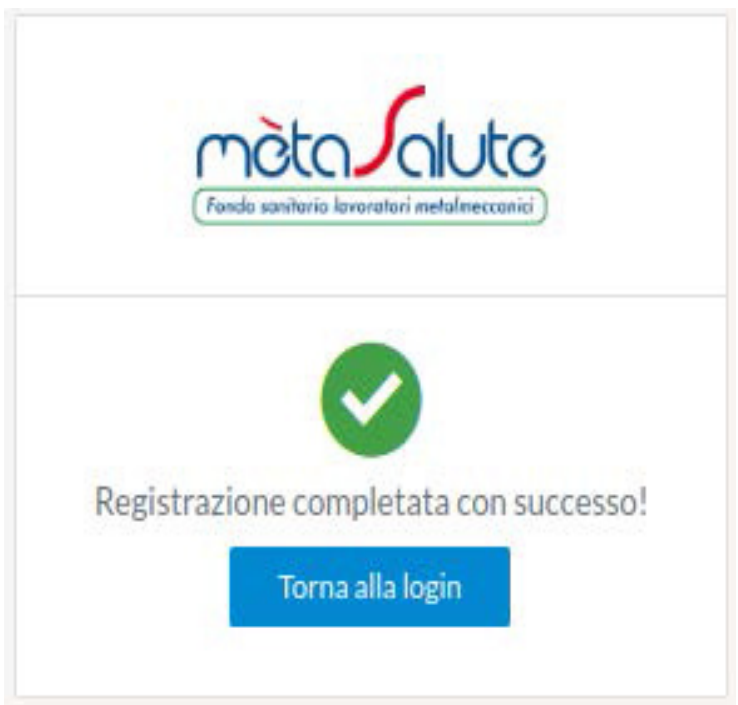
ATTENZIONE: Se il Codice Fiscale non risulta presente è probabile che non sia stata ancora ultimata la registrazione da parte dell'azienda. In caso di inserimento tardivo da parte dell'azienda, è bene ricordare che l'iscrizione e la copertura del lavoratore saranno comunque valide retroattivamente con data 1° ottobre.

Durante la registrazione il dipendente può scegliere le proprie credenziali d'accesso e l'indirizzo e-mail dove ricevere il link di conferma a fine registrazione.

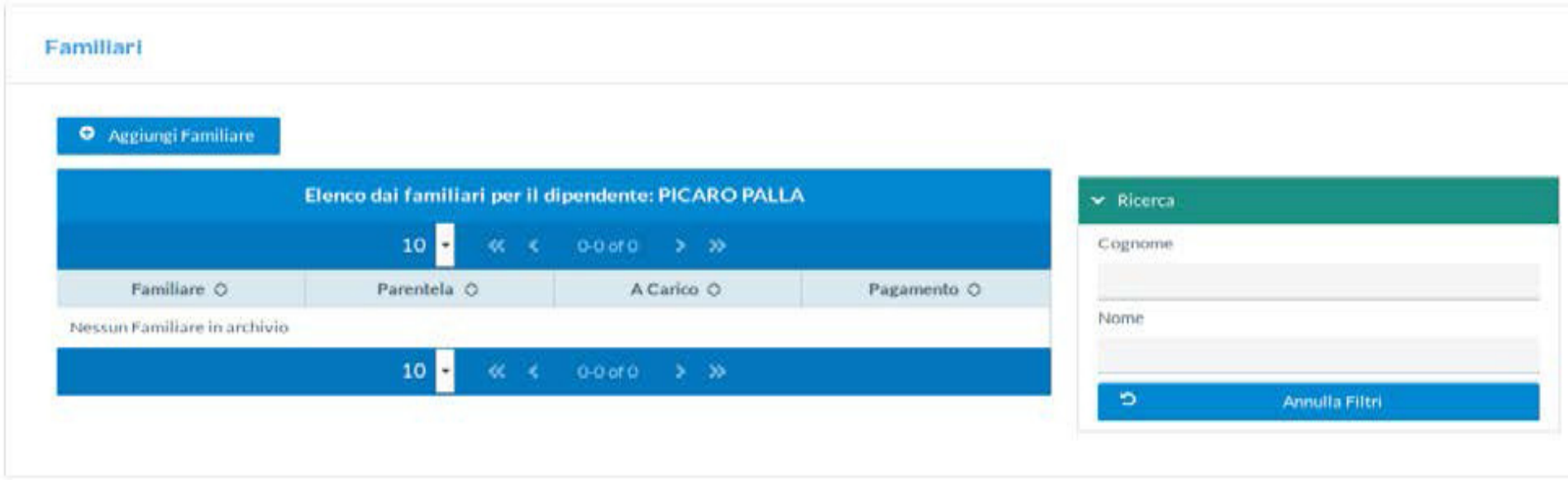
ATTENZIONE: solo dopo aver cliccato sul link inviato via e-mail le credenziali saranno attive.
Se l'e-mail non perviene controllare anche la Casella Spam del vostro account. Non utilizzare indirizzi PEC come e-mail di registrazione.

Cliccando sul link presente nella e-mail compare il messaggio: Una volta inserite le credenziali nella pagina di accesso la piattaforma porta l'utente sulla pagina dei dati anagrafici. Se necessario, li potrà aggiornare e poi cliccare su Salva.

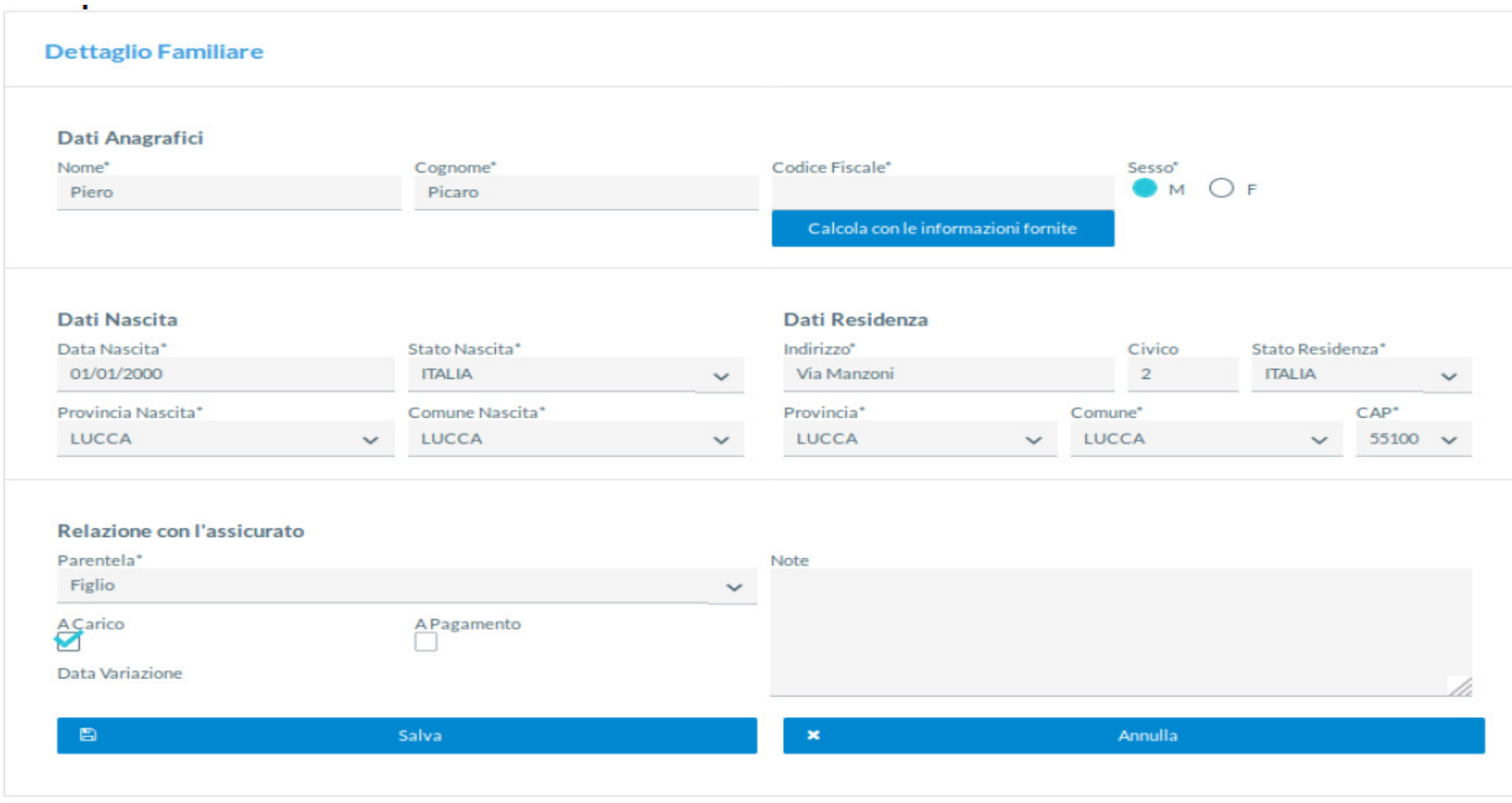
Al termine della registrazione comparirà il messaggio sottostante



INDICAZIONI OPERATIVE PER LA REGISTRAZIONE E LA GESTIONE DEI FAMILIARI



L'aderente può inserire i familiari cliccando sul pulsante "Aggiungi familiare" Si apre la Maschera d'inserimento del familiare.



Note sul funzionamento di alcuni campi.	
Calcola con le informazioni fornite	Consente di calcolare il codice fiscale del familiare avendo compilato i campi Nome, Cognome, Sesso, Data, Stato, Provincia e Comune di nascita,
Parentela* Figlio	Il campo parentela può assumere due valori di Figlio o Coniuge/Unione civile o Convivente.
A Carico	Va spuntato obbligatoriamente. Non vanno i familiari Fiscalmente non a carico.
A Pagamento	Il campo non è editabile. Viene visualizzata la spunta per quei familiari inseriti "a pagamento" nella precedente gestione volontaria

Al termine della procedura è possibile inserire altri familiari oppure uscire

Sul sito del fondo nella sezione "Manuali nuova area riservata" presente sulla home page del sito www. fondometasalute.it è possibile consultare e scaricare il manuale registrazione dipendente completo.