



## SPECIALE METASALUTE

## PIANO BASE

# 2018

meta salute  
Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici

### CONTENUTI DEL PIANO BASE 2018

#### A. PRESTAZIONE OSPEDALIERE

**A.1 Ricovero a seguito di intervento chirurgico (estensione a interventi eseguiti in Day Hospital, Day Surgery o in regime ambulatoriale). Chirurgia generale, maxillo facciale, plastica (ricostruttiva), vascolare, ginecologica, di laringe – trachea – bronchi – esofago, oculistica, ortopedica e traumatologica, ostetrica, otorinolaringoiatrica, urologica (come da allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici").**  
Massimale  
in Rete: illimitato,  
fuori Rete: 18.000 per interventi ordinari, 22.000 per interventi complessi, 45.000 per trapianti.  
Misto: come fuori Rete.  
Condizioni  
in Rete: 100%  
fuori Rete: 100% nei massimali previsti per i singoli interventi  
S.S.N. 100%  
Pre/Post giorni illimitati.

**A.2 Indennità sostitutiva (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery):**  
Massimale  
150 giorni e 100,00 € al giorno.

**A.3 Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico**  
Massimale  
120 giorni,  
in Rete: 20.000 €  
fuori Rete: 10.000 €.

**A.4 Diaria da convalescenza post ricovero con intervento chirurgico:**  
Massimale  
20 giorni  
100,00 € al giorno.

**A.5 Garanzia neonati entro 1 anno dalla nascita.**  
in Rete: illimitato,  
fuori Rete 22.500,  
Misto: come fuori rete  
S.S.N 100%

**A.6 Retta di degenza dell'Accompagnatore**  
100%

**A.7 Trasporto di primo soccorso**  
100%,

**A.8 Retta di degenza**  
100%

**A.9 Immunonutrizione pre ricovero:**  
3 somministrazioni al giorno per 5/7 giorni prima dell'intervento.

**A. 10 Monitoraggio domiciliare pre/post ricovero e lungodegenza:**  
100%  
Programma 1: 120 giorni;  
Programma 2: pari al periodo di non autosufficienza / lungodegenza.

#### B. PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE

**B.1 Alta Specializzazione da allegato "Elenco Prestazioni Alta Specializzazione"**  
Massimale  
in rete: illimitato.  
fuori rete: 20.000 € condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici.  
Condizioni  
in Rete : 100%,  
fuori rete : massimo 55 euro per visita, Ticket 100 %.

**B.2 Visite specialistiche.**  
Massimale  
in rete: illimitato,  
fuori rete: euro 20.000 condiviso con Alta specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici.  
Condizioni  
in Rete 100%,  
fuori rete: massimo 55 euro per visita, Ticket 100% .

**B.3 Ticket per accertamenti diagnostici:**  
Massimale  
euro 20.000 condiviso con Alta specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici  
Condizioni  
Ticket 100% .

**B.4 Accertamenti diagnostici:**  
Massimale  
in rete: illimitato.  
fuori rete: 20.000 € condiviso con Alta



specializzazione, visite specialistiche Ticket per accertamenti diagnostici.  
Condizioni  
in Rete 100%,  
fuori rete: massimo 36 euro per fattura.

#### B. 5 Pacchetto Maternità ( inclusa copertura per parto cesareo)

**B.5.1 Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento**

diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N., amniocentesi o villocentesi

**B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia, controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica e/o iscritto all'apposito albo professionale e una visita anestesiológica 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). Amniocentesi o villocentesi: per le donne di età uguale o maggiore di 35 anni, tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione, mentre per le donne di età inferiore a 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette.  
Massimale  
in Rete/fuori Rete euro 700 per evento gravidanza.

**B. 5. 3 indennità per parto :**  
Massimale  
fuori Rete: euro 70 massimo 7 giorni.

**B. 5. 4 contributo per latte artificiale – il contributo è riconosciuto nei primi 6 mesi di vita del neonato (con prescrizione):**  
Massimale  
fuori Rete: euro 100.

**B. 5. 5 supporto psicologico post parto - entro 3 mesi dal parto avvenuto nell'anno di copertura (max 3 visite psicologiche)**  
Massimale  
in Rete: illimitato,  
fuori Rete: illimitato  
Condizioni  
in Rete: 100%,  
fuori Rete: massimo euro 36 per visita, Ticket 100%.

**B.5.6 Week-end benessere:**  
Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) visita dietologica, incontro nutrizionista, incontro personal trainer, lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico, trattamento termale.  
Massimale  
in Rete: illimitato.

## C. FISIOTERAPIA

**C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio.**  
Massimale  
in Rete : illimitato,  
diretta domiciliare illimitato,  
fuori Rete: euro 1000.  
Condizioni  
in Rete: 100%,  
diretta domiciliare:  
franchigia euro 20 ad accesso,  
fuori rete: massimo 25 euro per prestazione, Ticket 100 %.

**C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento.**  
Massimale  
in Rete: illimitato,  
diretta Domiciliare: illimitato,  
fuori Rete: nei massimali

previsti per i singoli interventi.  
Condizioni  
in Rete: 100%,  
Diretta Domiciliare:  
franchigia euro 20 ad accesso,  
fuori Rete: 100%,  
Ticket 100%.

**C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria da malattia.**

Massimale  
in Rete : illimitato,  
diretta domiciliare: illimitato,  
fuori Rete: euro 450.  
Condizioni  
in Rete: 100%,  
diretta domiciliare:  
franchigia euro 25 ad accesso,  
fuori Rete: massimo 25 euro per prestazione, Ticket 100 %.

## D. ODONTOIATRIA

**D.1 Cure dentarie:**  
Massimale  
in Rete: illimitato.  
fuori Rete: € 700,00;  
condiviso con Visita odontoiatrica e/o igiene orale. Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi permane all'estero.

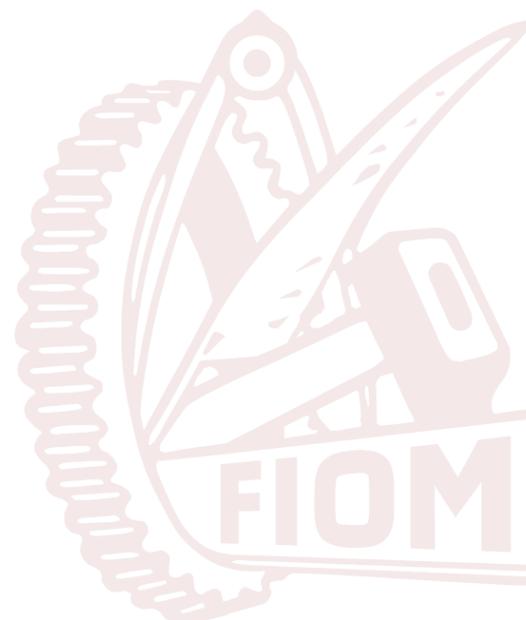
Condizioni  
in Rete: 100%,  
fuori Rete: max. € 100,00 per Prestazioni ortodontiche, max. € 100,00  
per Cure odontoiatriche (compresa Parodontologia), max. € 100,00  
per Terapie conservative, max. € 100,00  
per Terapie canalari, max. € 100,00  
per Protesi dentarie, max. € 100,00  
per Trattamento topico con fluoruri, Ticket 100% .

**D.2 Visita odontoiatrica e/o igiene orale – una visita l'anno. Prevista eventuale seconda ablazione nell'arco dello stesso anno qualora il medico ne riscontri la necessità.**

Massimale  
in Rete: illimitato,  
fuori Rete: euro 700 condiviso con Cure dentarie.  
Condizioni  
in Rete: 100%, compreso spazzolino Bluetooth a nucleo,  
fuori Rete: massimo euro 45 anno/persona, Ticket 100%.

**D.3 Visita pedontica e/o ablazione del tartaro Una volta l'anno. Prevista eventuale seconda ablazione nell'arco dello stesso anno qualora il medico ne riscontri la necessità.**

Massimale  
illimitato.  
Condizioni  
in Rete: 100%,  
fuori Rete: massimo euro 45 anno/persona, Ticket 100%.



**D. 4 Sigillatura denti figli minorenni.**

Massimale  
illimitato.  
Condizioni  
in Rete 100%,  
fuori Rete: massimo euro 40 per dente, massimo 2 denti, Ticket 100%.

**D.5 Apparecchi ortodontici per minori :**

Massimale  
in Rete: euro 350,  
fuori Rete: euro 150.  
Condizioni  
in Rete: Erogazione di un contributo 1 volta ogni 3 anni di € 250,00 per un apparecchio ortodontico per ciascun minore,  
fuori Rete: Erogazione di un contributo 1 volta ogni 3 anni di € 100,00 per un apparecchio ortodontico per ciascun minori.

**D.6 Interventi chirurgici odontoiatrici (in regime di ricovero e 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;**

**A d a m a n t i n o m a ; 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 e n d o c a n a l a r e ; 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.**

Massimale  
in Rete e fuori Rete : euro 5.500.  
Condizioni  
in Rete: 100%,  
fuori Rete: previsto per le seguenti prestazioni: massimo euro 100 per estrazione dente deciduo

in anchilosi, massimo euro 100 per estrazione dente deciduo, massimo euro 100 per estrazione dente permanente, Ticket 100%.

**D.7 Prestazioni odontoiatriche d'urgenza solo in Rete, max. 1 volta all'anno.**

Massimale illimitato.  
Prestazioni: Visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica;  
Trattamento di pronto soccorso endodontico manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica; Otturazione/ricostruzione **t e m p o r a n e a**: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato. Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamentotramiteladiga), protettiva (per ircoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.

**D.8 Manutenzione impianti e sostituzione corone – Ad integrazione degli interventi chirurgici odontoiatrici**

Massimale  
in Rete: euro 1.100, fuori Rete: euro 300.  
Condizioni  
in Rete: massimo euro 400 per un impianto, euro 700 per 2 impianti e euro 1.100 in caso di 3 o più impianti.  
fuori Rete: 100%.

**E. PREVENZIONE**

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

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

**E.1 SCREENING GENERICI**

**E.1.1 Controllo delle allergie e delle intolleranze alimentari: 1 volta ogni 3 anni, da elenco.**

Massimale  
in Rete: illimitato

**E.1.2 Ricerca presenza Helicobacter Pylori: 1 volta ogni 3 anni.**

Massimale  
in Rete: illimitato.

**E.2 PREVENZIONE BASE**

**E.2.1 Esami di prevenzione esami del sangue, delle urine, delle feci, elettrocardiogramma di base e ecotomografia addome superiore come da elenco, una volta l'anno.**

Massimale  
in Rete: illimitato.  
fuori Rete: euro 80 a pacchetto.

**E.2.2 Sindrome metabolica una volta l'anno/ogni 6 mesi, prestazioni da elenco.**

Massimale  
in Rete: illimitato.  
fuori Rete: euro 25 a pacchetto (euro 50 in caso di sindrome conclamata).

**E.3 PREVENZIONE DONNA**

**E.3.1 Pacchetto Donna prestazioni per la prevenzione del tumore al seno, sostegno della menopausa e patologie connesse all'osteoporosi, come da elenco, con periodicità di esecuzione variabile.**

Massimale  
in Rete: illimitato.

fuori Rete: euro 80.

**E.3.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni) 1 volta ogni 2 anni.**

Massimale  
in Rete: illimitato.  
fuori Rete: euro 36 a pacchetto da addizionarsi a euro 80 previsti nel pacchetto Donna.

**E.4 PREVENZIONE UOMO**

**E.4.1 Pacchetto Uomo prestazioni per la prevenzione di patologie cardiovascolari/urologiche, come da elenco, una volta ogni 2 anni.**

Massimale  
in Rete: illimitato.  
fuori Rete: euro 80.

**E.4.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto Uomini - over 50), 1 volta ogni 2 anni, da elenco.**

Massimale  
in Rete: illimitato.  
fuori Rete: euro 50 a pacchetto da addizionarsi a euro 80 previsti nel pacchetto Uomo.

**E.5 PREVENZIONE MINORI**

**E.5.1 Protocollo Minori da elenco.**

Massimale : autonomo,  
in Rete: illimitato  
fuori Rete:  
**da 6 mesi a 2 anni non compiuti:**  
prestazioni: visita pediatrica, visita otorinolaringoiatrica con test audiometrico.  
Condizioni massimo euro 36  
**da 2 anni a 4 anni non compiuti:**  
prestazioni: Visita oculistica completa, Tonometria, Esame del fundus, Stereopsi e



Manifestazione ottobre 2014 ( archivio Fiom)

color test, Valutazione ortottica, Visita neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo). Esami di laboratorio per screening della celiachia, da elenco. Biopsia intestinale (se esami di cui alla riga superiore positivi). Condizioni massimo euro 60  
**da 4 anni a 6 anni non compiuti:**  
prestazioni:  
Visita neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo). Visita odontoiatrica e ortodontica, in alternativa alle analoghe prestazioni previste dalla garanzia Odontoiatria. Visita oculistica completa. Tonometria. Esame del fundus. Stereopsi e color test. Valutazione ortottica.  
Condizioni massimo euro 80,00 (1 spazzolino bluetooth alla prima visita odontoiatrica/igiene effettuata in assistenza diretta)  
**da 6 anni a 8 anni non compiuti:**  
prestazioni:  
Visita odontoiatrica e ortodontica, in alternativa alle analoghe prestazioni previste dalla garanzia Odontoiatria. Visita oculistica completa. Tonometria. Esame del fundus. Stereopsi e color test.  
Condizioni massimo euro 60.  
**da 6 anni a 8 anni non compiuti:**  
prestazioni :  
visita ortopedica, visita endocrinologica.  
Condizioni massimo euro 36  
**da 6 anni a 8 anni non compiuti:**  
prestazioni  
Visita pediatrica Visita ortopedica Visita endocrinologica. Analisi del sangue, da elenco.  
Condizioni :  
massimo euro 50.

## E.6 PREVENZIONE TERZIARIA

### E.6.1 Monitoraggio Ipertensione - unica soluzione, 1 volta all'anno, da elenco.

Massimale in Rete: illimitato. fuori Rete: euro 36 a pacchetto da aggiungersi a euro 80 previsti negli Esami di prevenzione.

### E.6.2 Monitoraggio asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) – 1 volta ogni 2 anni, da elenco

Massimale in Rete: illimitato. fuori Rete: euro 36 a pacchetto da aggiungersi a euro 80 previsti negli Esami di prevenzione.

## E.7 ALTRI CONTROLLI

### E.7.1 Pacchetto prevenzione tumori della pelle – prestazioni da effettuarsi in un'unica soluzione, 1 volta ogni 3 anni; visita specialistica dermatologica e epiluminescenza.

Massimale in Rete: illimitato. fuori Rete: 50 € a pacchetto.

### E.7.2 Pacchetto prevenzione di patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio e controllo posturale – 1 volta l'anno; visita fisiatrica o visita osteopatica.

Massimale in Rete: illimitato. Fuori Rete: 50 € a pacchetto.

### E.7.3 Monitoraggio delle patologie tiroidee – 1 volta ogni 2 anni, da elenco.

Massimale in Rete: illimitato. Fuori Rete: 50 € a pacchetto.

## F. INVALIDITÀ PERMANENTE PER PATOLOGIE O INFORTUNI INSORTI ANCHE PRECEDENTEMENTE L'ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA SANITARIA

### F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) certificata dall'Inail -

in rete: plafond una tantum, ( da elenco);

fuori Rete: (da elenco), tra 24% e 33% - euro 7000, oltre 33% e fino al 66% euro 10.000, oltre 66% e fino al 100% euro 15000.

### F. 2 Invalidità per patologia certificata dall'Inps, di grado uguale o superiore all'80% ( a fronte della sussistenza dei presupposti di cui al punto F.1).

tra l'80% e il 90% euro 8000, tra il 91% e il 100% euro 10.000.

### F. 3 Monitoraggio domiciliare per stati di invalidità sopra identificati.

in Rete: illimitato, prestazioni da elenco.

### F.4 Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/ medico per neoplasie maligne.

Massimale in Rete: 5000 € .

## G. ALTRE PRESTAZIONI

### G.1 Interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery) – da allegato "Elenco interventi Chirurgici Minori".

Massimale In rete: 5.000 € per evento fuori Rete: 2.500 € per evento Condizioni in Rete: 100%, fuori Rete: 100%. S.S.N 100%.

### G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto.

Massimale in Rete: € 150,00 una tantum ogni 3 anni + contributo aggiuntivo € 75,00 per rottura lenti e € 55,00 per furto/smarrimento occhiali o rottura montatura oggetto di indennizzo della copertura. Fuori Rete: € 100,00 una tantum ogni 3 anni + contributo aggiuntivo € 50,00 per rottura lenti e € 35,00 per furto/smarrimento occhiali

o rottura montatura oggetto di indennizzo della copertura.

G.3 Procreazione medicalmente assistita (tutte le tecniche). Massimale in Rete: euro 700, fuori Rete: euro 500.

### G.4 Rimborso ticket per acquisto medicinali.

Massimale fuori Rete: euro 120 con franchigia di euro 10.

G.5 Visita di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti. Massimale

in Rete : illimitato, fuori Rete: illimitato. Condizioni in Rete: 1 volta al mese – eseguibile presso i Centri Autorizzati del Network, fuori Rete: 1 volta all'anno, massimo euro 36 per visita, Ticket 100%.

### G.6 Trisomia 21

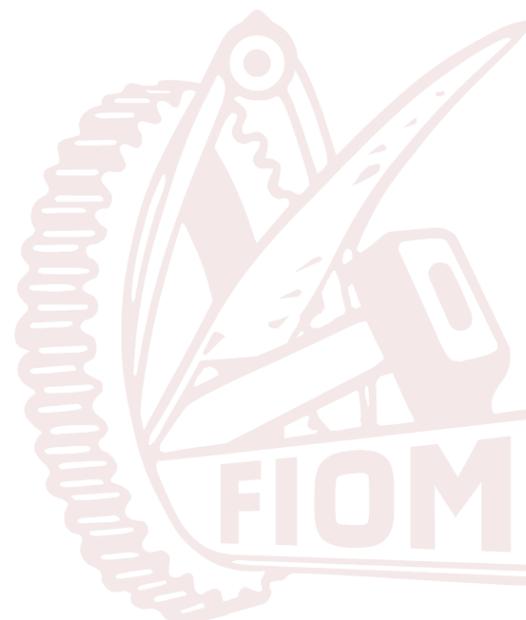
In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a € 1.000,00 per anno/neonato.

### G.7 Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Il contributo concesso nella misura di € 1.000,00 annuali innalzati ad € 1.200,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito ed è valido per un solo genitore, anche nel caso in cui entrambi i genitori fossero ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato. Ai fini dell'indennizzo il ricovero in RSA deve essere stato almeno pari a 12 mesi consecutivi.

### G.8 Servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica.

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di



ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica pediatrica generica e specialistica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Nel caso la guardia medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza tali da motivare l'attivazione della visita domiciliare, predisporrà l'effettuazione della stessa. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite il servizio di Guardia medica saranno liquidate con l'applicazione di una franchigia di € 36,00 per ogni visita, che l'Assistito dovrà versare direttamente al medico specialista.

### G.9 Visite psicologiche/psichiatriche – per anoressia o bulimia adolescenziale – un ciclo di 10 sedute di psicoterapia.

in Rete: massimo euro 350 con visite post grave malattia oncologica, fuori Rete: massimo euro 250 con visite post grave malattia oncologica, massimo euro 36 a visita. Ticket 100%.

A seguito dell'insorgere di grave malattia oncologica, un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia. In Rete: massimo euro 350 con visite post grave

malattia oncologica, fuori Rete: massimo euro 250 con visite post grave malattia oncologica, massimo euro 36 a visita. Ticket 100%. Post parto: vedi pacchetto maternità.

### G.10 Logopedia figli minorenni.

Massimale in Rete: euro 100, fuori Rete: massimo euro 20 a seduta. Ticket 100%.

## H. PRESTAZIONI SOCIALI: prestazioni accessibili per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria

**H.1 Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa.** Indennità giornaliera di € 15,00 innalzata del 40% in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito per la durata massima di 90 giorni complessivi per anno.

**H.2 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili.** Indennizzo annuo di ammontare pari ad € 750,00 per Nucleo Familiare innalzato da € 1.000,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo

si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.

### **H.3 Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori in LTC temporanea.**

Indennità di € 350,00.

### **H.4 Rette Asili Nido**

Indennità di € 400,00 innalzata ad € 550,00 in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito erogata per l'anno scolastico, a titolo forfettario, a favore del Nucleo Familiare che utilizza per il/i proprio/i figlio/i asilo nido pubblico o privato, legalmente riconosciuto.

### **H.5 Consulto nutrizionale e dieta personalizzata - 1 consulto e dieta personalizzata all'anno.**

In Rete . illimitato, fuori Rete euro 80 ( euro 50 visita + euro 30 dieta).

### **H.6 Borse di Studio per i figli dei dipendenti**

a) Diploma di istruzione secondaria superiore: € 350,00,

b) Iscrizione, in corso, al secondo anno di università: € 500,00,

c) Erogazione a titolo forfettario di una borsa di studio a favore dell'aderente i cui figli

abbiano raggiunto una delle seguenti condizioni:

a) Diploma di istruzione secondaria superiore, con votazione almeno pari a 90/100,

b) Iscrizione, in corso, al secondo anno di università, con media almeno pari a 26/30.

### **H.7 Promozione dell'attività sportiva:**

a) Rimborso Quota Associativa sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica - Garanzia operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

Fuori Rete: euro 120;

b) Visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo) Garanzia operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

In Rete: illimitato, fuori Rete: euro 55.

### **H.8 Spese per la frequenza di Colonie Estive**

Garanzia operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna

altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.

In Rete: euro 120, fuori Rete: euro 75.

## **I. CONTO SALUTE**

I.1 Piano di risparmio sanitario (costruito con la logica delle polizze sanitarie utilizzate nel National Health System nel Regno Unito e note come "cash plan") che consente ai nuclei familiari di accreditare su un proprio conto dedicato i risparmi sanitari derivanti da ciascuna annualità assicurativa al fine di poter disporre di una maggior somma in termini di rimborso al verificarsi di uno o più eventi inclusi in copertura.

### **MODALITÀ DI ALIMENTAZIONE DEL CONTO SALUTE:**

#### **A) Accumulo di Bonus Salute:**

qualora l'assicurato nel corso del triennio di copertura effettui annualmente almeno uno dei protocolli destinati alla diagnosi precoce delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT - ovvero Pacchetto Uomo/Donna, Pacchetto Ipertensione, Pacchetto per Prevenzione Asma e



BPCO) sarà accreditato alla fine del triennio sul suo Conto Salute un importo pari al 25% del premio annuo. Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).

#### **B) Risparmio Sanitario:**

qualora il nucleo familiare nel corso dell'annualità non abbia ottenuto il rimborso di alcuna prestazione (Sanitaria e Sociale, con l'eccezione della Prevenzione che

non rientra nel computo) ha facoltà di richiedere al Fondo l'accredito sul proprio conto salute del risparmio conseguito nell'annualità nella misura del 10% del premio annuo. Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).

## **J. SERVIZI DI CONSULENZA ED ASSISTENZA**

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



## NUOVO REGOLAMENTO METASALUTE 2018/2020

Le Aziende devono :

- aderire al Fondo mètaSalute, versare una contribuzione di 156 euro annui (suddivisa in 12 quote mensili di 13 euro l'una)
- iscrivere, superato il periodo di prova, tutti i lavoratori dipendenti assunti :
  - con contratto a tempo indeterminato, compresi i lavoratori part-time (orizzontale e verticale) e a domicilio di apprendistato professionalizzante e di alta formazione e ricerca
  - a tempo determinato di durata non inferiore a cinque mesi a decorrere dalla data di iscrizione

### LA CONTRIBUZIONE AZIENDALE

L'intera contribuzione mensile è dovuta in misura piena anche nel caso di:

- Aspettativa per malattia
- Congedo parentale
- Sospensione durante la quale è corrisposta retribuzione e/o indennità a carico dell'Istituto previdenziale
- CIG in tutte le sue tipologie
- Maternità facoltativa
- Lavoratori distaccati all'estero qualora il lavoratore e/o i suoi familiari fiscalmente a carico non godano di una polizza sanitaria predisposta dall'azienda. Inoltre mantengono il diritto alla contribuzione dell'azienda per un periodo di 12 mesi, e all'iscrizione al Fondo per lo stesso periodo, i lavoratori collocati in NASPI e i loro familiari a seguito di procedure di licenziamento collettivo (legge 223/1991; art 7 legge 604/1966). In questo caso l'azienda dovrà versare la contribuzione dovuta in un'unica soluzione all'atto della risoluzione del rapporto di lavoro attraverso le procedure di pagamento indicate dal Fondo.

### MODALITÀ DI ADESIONE

Per consentire l'adesione dei loro dipendenti

le aziende devono preventivamente registrarsi (direttamente o tramite il consulente) sul sito del Fondo [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it) alla sezione "registrazione aziende" e dovranno comunicare entro il 31 marzo 2018 le anagrafiche dei loro dipendenti.

Successivamente il Fondo comunicherà le modalità di adesione dal 1° aprile 2018. I lavoratori iscritti dovranno registrarsi sul portale del Fondo.

La mancata registrazione sul sito non preclude la possibilità per il lavoratore iscritto di usufruire delle prestazioni che potranno essere prenotate chiamando il Numero verde 800 189671

Il lavoratore può iscrivere gratuitamente per gli anni 2018 - 2019 - 2020 il proprio nucleo familiare; l'iscrizione gratuita del nucleo familiare comporta l'inclusione nel piano sanitario del lavoratore titolare e la condivisione delle garanzie e dei massimali previsti dal piano.

### SONO DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI SANITARIE INTEGRATIVE EROGATE DAL FONDO

Il/la lavoratore/lavoratrice titolare del rapporto di lavoro in qualità di socio del Fondo.

Sono inoltre destinatari delle prestazioni sanitarie, con adesione gratuita:

Il nucleo familiare fiscalmente a carico:

- il coniuge, compreso il convivente - vedi legge 76/2016 sulle unioni civili e legge 76/2016 art. 1 commi 35-65 conviventi di fatto - non legalmente ed effettivamente separato;

- i figli, compresi i figli riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati.

I familiari fiscalmente a carico non devono possedere un reddito complessivo annuo di imposta superiore a 2.840,51 euro (valore attualmente previsto dalle norme fiscali che potrebbe essere adeguato).

Il nucleo familiare non fiscalmente a carico:

- i figli, compresi i figli riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati - purché conviventi

- figli non conviventi sino a 30 anni di età che siano regolarmente iscritti ad Università aventi sede in provincia diversa dal genitore titolare della copertura.

- I familiari hanno diritto alle prestazioni sanitarie integrative finché il lavoratore è iscritto.

### POSSONO INOLTRE ADERIRE AL FONDO:

I lavoratori a cui si applicano Ccnl sottoscritti, per ciascun settore, da Fim Fiom Uilm e le rispettive organizzazioni imprenditoriali (il caso degli Orafi).

I lavoratori che, in caso di trasferimento di azienda (art 47 legge 428/1990) con cambio



del Ccnl a seguito di mutamento delle attività aziendali, stipulano un accordo sindacale che preveda il mantenimento dell'iscrizione.

I dipendenti delle parti stipulanti (Fim Fiom Uilm Federmeccanica Assisital) anche se in aspettativa legge 300.

I seguenti familiari non fiscalmente a carico possono, a pagamento, dal 2018 aderire al fondo:

- coniuge e convivente non legalmente ed effettivamente separato;
- figli non conviventi del lavoratore affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge con versamento a carico del lavoratore

L'adesione può essere fatta tra il 1° e il 28 febbraio 2018.

La decorrenza delle prestazioni avverrà in regime diretto (in rete) dal 1° aprile 2018. La possibilità del rimborso sarà possibile sempre dal 1° aprile 2018 anche per prestazioni già effettuate dal 1° gennaio 2018 in regime indiretto (fuori rete).

Per il 2019 e il 2020 l'apertura delle finestre di iscrizione sarà tempestivamente comunicata dal fondo. L'iscrizione al fondo cessa al 31 dicembre di ogni anno.

### IL VERSAMENTO MENSILE DELLA CONTRIBUZIONE DA PARTE AZIENDALE

Fino al 31 marzo deve essere effettuato - entro il 20 di ogni mese - utilizzando le procedure MAV;

A decorrere dal 1° aprile il versamento mensile dovrà essere effettuato - entro il 16 di ogni mese - con la compilazione dell'UNIEMENS di riferimento secondo le modalità di pagamento comunicare dal Fondo.

Il versamento della contribuzione per il nucleo familiare (coniuge o convivente non fiscalmente a carico, figli non conviventi affidati con sentenza al coniuge) -è annuale anticipato con versamento MAV

-è a carico del lavoratore; -per l'anno 2018 deve essere effettuato tra il 1° e il 28 febbraio con decorrenza delle prestazioni in regime diretto dal 1° Aprile e rimborso delle prestazioni in regime indiretto dal 1° gennaio -il rinnovo della adesione avviene con il saldo della contribuzione.

Le aziende in cui sono presenti "forme



aziendali”, di assistenza sanitaria unilateralmente riconosciute dall’impresa, devono aderire al Fondo Metasalute per iscrivere i lavoratori loro dipendenti che non hanno alcuna copertura di assistenza sanitaria integrativa.

Le aziende in cui sono presenti “accordi aziendali” di assistenza sanitaria integrativa, per le quali è successivamente prevista l’adesione al Fondo Metasalute, devono registrarsi sul sito del Fondo. I lavoratori avranno la copertura della assistenza sanitaria integrativa dal giorno successivo alla scadenza della copertura assicurativa in essere in azienda (senza alcun periodo di carenza).

Le adesioni di lavoratori assunti entro il 31 marzo 2018 danno diritto alle prestazioni sanitarie con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo senza applicazione di carenza.

Le adesioni di lavoratori assunti successivamente al 1° Aprile 2018 prevedono per ragioni tecnico-amministrative la decorrenza del diritto alle prestazioni dopo un periodo di carenza di quattro mesi (dal primo giorno del quinto mese); tale carenza è recuperata dal lavoratore con il diritto alla assistenza sanitaria integrativa, dopo la cessazione del rapporto di lavoro, per un periodo corrispondente di quattro mesi.

I componenti del nucleo familiare “incluso gratuitamente” nella copertura dell’assistenza sanitaria integrativa hanno diritto alle prestazioni come di seguito indicato:

-i familiari di lavoratori in forza dal primo giorno del mese successivo all’iscrizione;

-i familiari di lavoratori assunti dal 1 aprile dal primo giorno del quinto mese così come accade per il lavoratore dipendente.

## PIANI SANITARI 2018 – 2020

Il Consiglio di Amministrazione ha definito con specifica delibera, dopo aver svolto una gara tra le principali compagnie assicurative, il Nomenclatore delle prestazioni sanitarie previste dal piano Base e dai piani aggiuntivi. Il Fondo rende disponibili il piano base e sei piani integrativi alle prestazioni base per i quali è stato definito il relativo maggior contributo come segue:

**Piano Base con contribuzione annuale pari ad euro 156,00; con contribuzione mensile pari ad euro 13,00**

**Piano A con contribuzione annuale pari ad euro 200,00; con contribuzione mensile pari ad euro 16,67**

**Piano B con contribuzione annuale pari ad euro 252,00; con contribuzione mensile pari ad euro 21,00**

**Piano C con contribuzione annuale pari ad euro 292,00; con contribuzione mensile pari ad euro 24,34**

**Piano D con contribuzione annuale pari ad euro 338,00; con contribuzione mensile pari ad euro 28,17**

**Piano E con contribuzione annuale pari ad euro 408,00; con contribuzione mensile pari ad euro 34,00**

**Piano F con contribuzione annuale pari ad euro 804,00. con contribuzione mensile pari ad euro 67,00**

L’adesione ai piani sanitari dei lavoratori può avvenire solo in forma collettiva, per la totalità o per gruppi omogenei di lavoratori.

-in ogni azienda possono essere attivati per i dipendenti - per accordo o regolamento - un massimo di tre piani sanitari; la selezione dei piani, e quindi l’adesione, per l’anno 2018 si può fare nel mese di gennaio e ha validità per tutto l’anno; il fondo darà tempestive comunicazioni per gli anni 2019 e 2020.

-l’azienda, entrando nell’“Area Riservata aziende e aderenti”, del sito opziona le soluzioni prescelte e versa la contribuzione secondo i termini e le modalità previste.

Il lavoratore dipendente può far aderire il familiare NON fiscalmente a carico al piano a cui egli già aderisce, scegliendo tra piano con massimali condivisi o piano con massimali autonomi, oppure può far aderire il familiare al piano base con massimali autonomi.

Destinazione dei flexible benefits previsti dal CCNL del 26 novembre 2016  
Il lavoratore dipendente aderente al piano base - singolarmente e in modo autonomo

- può destinare i flexible benefits al fondo con comunicazione scritta alla



propria azienda.

L’azienda, entrando nell’Area Riservata del sito, deve opzionare il piano per il lavoratore che lo richiede.

I piani sanitari C e D sono stati definiti per gli importi di flexible benefits che il CCNL prevede vengano messi a disposizione dei lavoratori nel mese di giugno del 2018 e del 2019. Il piano C pari a 292 euro nel 2018 e il piano D pari a 338 euro nel 2019. Dal 1° al 30 maggio del 2018 e dal 1° al 30 maggio del 2019 ogni lavoratore già iscritto al piano base potrà scegliere di aderire al piano C nel 2018 e al piano D nel 2019.

I piani avranno decorrenza dal 1° giugno 2018 al 31 maggio 2019 e successivamente dal 1° giugno 2019 al 31 maggio 2020.

Alla scadenza del piano C - 31 maggio 2019 - il lavoratore in automatico torna al piano base fatta salva la possibilità che entro il 30 maggio 2019 decida di destinare nuovamente il flexible benefits al piano D.

La contribuzione verrà versata dall’azienda mensilmente.

### C E S S A Z I O N E DELL’ADESIONE AL FONDO

La cessazione dell’adesione va comunicata al Fondo da parte dell’azienda entro l’ultimo giorno di ogni mese e decorre dal mese successivo; l’onere contributivo per l’azienda è dovuto per l’intero mese e il lavoratore mantiene il diritto alle prestazioni per l’intero mese.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro e successiva riassunzione:

- il lavoratore mantiene il diritto alle prestazioni dal mese successivo se la nuova iscrizione avviene nell’arco di quattro mesi;
- in caso di riassunzione e re-iscrizione oltre i quattro mesi dal precedente rapporto di lavoro, il diritto alle prestazioni decorre dal 1° giorno del 5° mese con il successivo recupero del periodo di carenza.

**PER UNA ESAUSTIVA DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGABILI SI RINVIA LA LETTURA ALLA DOCUMENTAZIONE INFORMATIVA COMPLETA. PUBBLICATA SUL SITO DI METASALUTE**

[www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it)



## NOTE DI INTERPRETAZIONE

Contributo annuo (tot):

- Titolare con nucleo\* a carico (massimali condivisi): € 156,00
  - Nucleo\* non a carico con massimale condiviso: € 149,00 a persona
  - Nucleo\* non a carico con massimale autonomo: € 219,00 a persona
- Massimali\*\*/somme assicurate - scoperti/franchigie\*\*\*

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

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

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

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

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

Inoltre:

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

È data facoltà inoltre al lavoratore di estendere la copertura su base volontaria a fronte del pagamento del relativo premio ai componenti del nucleo familiare non a carico con condivisione dei massimali o con massimali autonomi (la scelta sulla condivisione o meno dei massimali è a valere sull'intero nucleo non a carico), intesi per tali:

- il coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;
- i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, commi 36-65);
- i figli non conviventi di lavoratore dipendente iscritto affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;

In caso di adesione dei familiari rientranti nella definizione di nucleo non fiscalmente a carico è obbligatorio inserire tutti i componenti del nucleo.

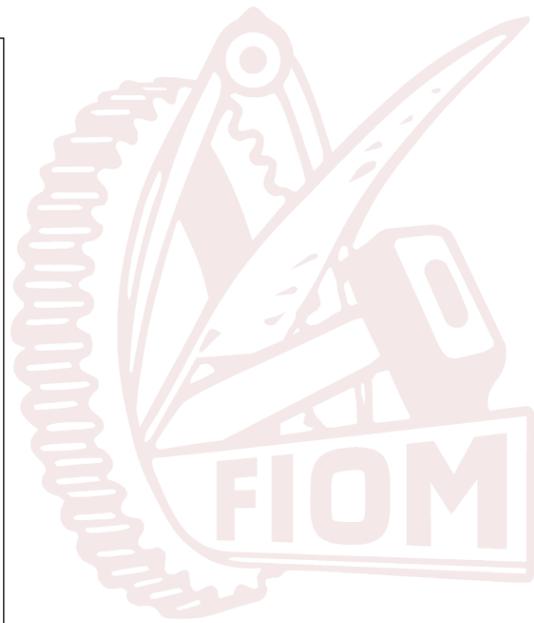
\*\*I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo, con le seguenti eccezioni:

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

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

\*\*\*Qualora l'Assistito sia domiciliato o residente in una Provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso, sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta, con eccezione delle prestazioni di cui ai capitoli:

- D. Odontoiatria per le quali qualora il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione non si applica a chi permane all'estero;
- E. Prevenzione per le quali qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti previsti dalla presente sezione si trovi ad una distanza dal domicilio dell'assicurato superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione (ovvero copertura al 100%). Tale agevolazione non si applica a chi permane all'estero;
- G.10 Logopedia figli minorenni per le quali non è prevista tale agevolazione.



### COMUNICAZIONE FIOM BRESCIA

Nei prossimi giorni nella sede di Via Folonari, 20 verrà predisposto uno sportello di Mètasalute al fine di aiutare i lavoratori metalmeccanici nella gestione dei servizi offerti dal fondo.

Nel frattempo tutti coloro che hanno bisogno di assistenza potranno rivolgersi all'ufficio vertenze della Fiom di Brescia che risponderà al seguente numero : 030 3729283.

Nei prossimi giorni comunicheremo a tutti i lavoratori orari e recapito del nuovo sportello.

Il servizio si aggiunge a quello già esistente del fondo Cometa che ricordiamo è attivo tutti i giovedì mattina dalle 9,00 alle 12,00 e risponde al seguente numero : 030 3729279



2016 Manifestazione a milano per il contratto

