

Appendice n. 4 al Fascicolo Informativo FI1534 - 01/2018

Contraente	Fondo mètaSalute
Data effetto	01/01/2020

Di comune accordo tra le Parti, si stabilisce di modificare e integrare il fascicolo in essere come di seguito specificato:

- Alla **sezione A.1 “Prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico”** di ciascun Piano sanitario integrativo, dopo il paragrafo **“Dopo il ricovero”** e prima del paragrafo **“Monitoraggio domiciliare del paziente nel pre/post ricovero e lungodegenza”**, è introdotto il seguente paragrafo:

“Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum pari a € 4.000,00 per evento. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione.”

- Al **punto A.1.1 “Massimale”** di ciascun Piano sanitario integrativo il paragrafo **“Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical”** è da intendersi così modificato e integrato per la parte sottolineata:

*“Il massimale previsto per TUTTI gli interventi chirurgici, è **illimitato**.*

La somma massima erogabile una tantum per intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza è pari a € 4.000,00.”

- Al **punto A.1.1 “Massimale”** di ciascun Piano sanitario integrativo il paragrafo **“Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical”** devono intendersi integrati come segue per la parte sottolineata:

“Sono previsti dei limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento così come elencato al successivo allegato 1, in base alla tipologia di intervento:

- €18.000,00 Interventi Chirurgici ordinari
- € 22.500,00 Interventi Chirurgici complessi
- € 45.000,00 Trapianti

Inoltre:

in caso di interventi non ricompresi nel successivo allegato 1, il massimale previsto è di € 8.000,00 per intervento;

in caso di intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno

della mammella effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigore di polizza, il sub massimale una tantum è di € 4.000,00.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento."

- La lettera **D.6 "Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)"** deve intendersi modifica e integrata come segue nella parte sottolineata:

La Società liquida integralmente, senza applicazione di franchigie o scoperti, le spese sostenute per:

- *Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare*
- *neoplasie ossee della mandibola o della mascella*
- *cisti radicolari*
- *cisti follicolari*
- *adamantinoma*
- *odontoma*
- *asportazione di cisti mascellari*
- *asportazione di epulide con resezione del bordo*
- *intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)*
- *ricostruzione del fornice (per emiarcata)*
- *ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico*
- *rizotomia e rizectomia*
- *ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare*
- *Gengivectomia per emiarcata*
- *Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)*
- *Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) Apicectomia per radice*
- *Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata*
- *Estrazione dente deciduo in anchilosi*
- *Pedo estrazione dente deciduo*
- *Estrazione dente permanente*
- *Frenulectomia o frenulotomia*
- *Intervento per flemmone delle logge perimascellari*
- *Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose*
- *Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso*
- *Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico*

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, la Compagnia si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati in un periodo di tempo più ampio (purchè effettuati durante la vigenza contrattuale) qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico.

La documentazione medica necessaria per ottenere l'indennizzo consiste in:

radiografie e referti radiologici per:

- *Osteiti mascellari;*

- Iperostosi;
- Osteomi;
- Rizotomia e rizectomia;
- Ascenso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.).
- 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
- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie 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
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

➤ La lettera **D.8** di ciascun Piano sanitario **“Implantologia Stand alone, compresa manutenzione impianti e sostituzione corone”** deve intendersi modificata e integrata come segue per la parte sottolineata:

La presente garanzia prevede la copertura delle spese sostenute per implantologia.

La garanzia opera ad integrazione delle somme ricevute dall'assistito attraverso la prestazione “implantologia post intervento” prevista nell'ambito della garanzia “D.6 Interventi chirurgici Odontoiatrici”, ossia nell'eventuale ipotesi in cui l'assistito avendo già utilizzato – in tutto o in parte – il massimale dedicato agli interventi chirurgici odontoiatrici nell'anno, non abbia diritto a ricevere il 100% della copertura della spesa sostenuta per l'implantologia nell'ambito della garanzia Interventi chirurgici Odontoiatrici.

La garanzia prevede la copertura degli interventi di manutenzione su impianti già presenti nel cavo orale del paziente quali ad esempio sostituzione del perno moncone, corona, ecc..

La garanzia prevede inoltre la copertura dell'intervento di implantologia in caso di edentulia causata da patologie preesistenti o contemporanee alla vigenza della presente polizza, purchè non insorte prima del 01/01/2017, salvo non rientri nella garanzia “D.6 Interventi chirurgici odontoiatrici”. È richiesta la trasmissione di rx endorale datata e firmata dal dentista che aveva effettuato l'estrazione.”

- La lettera **H.** di ciascun Piano sanitario **“Prestazioni sociali”** deve intendersi modificata e integrata come segue nella parte sottolineata:

“H. Prestazioni sociali (prestazioni accessibili per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria; l'eventuale richiesta di indennizzo di una prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella di competenza) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo Familiare.”

- La lettera **H.1** di ciascun Piano sanitario **“Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa”** deve intendersi modificata e integrata come segue per la parte sottolineata:

“H.1 INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ PER ASTENSIONE FACOLTATIVA

La presente garanzia prevede un'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.

La presente garanzia opera in favore di madri lavoratrici e padri lavoratori che decidono di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità in corso di vigenza della presente polizza, decorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, sino ai 12 anni non compiuti del bambino, indipendentemente dalla data del parto.

Si precisa che nel caso in cui siano assicurati entrambi i genitori, l'indennità potrà essere riconosciuta solo ad uno dei due lavoratori che ne facciano richiesta.”

- La lettera **H.7** di ciascun Piano sanitario **“Promozione dell'attività sportiva”** deve intendersi modificata e integrata come segue per la parte sottolineata:

“H.7 PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA

H.7.1 QUOTA ASSOCIATIVA PER ATTIVITÀ SPORTIVA

La Società provvede al rimborso, senza applicazione di franchigie o scoperti, della quota associativa (o quota iscrizione) sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica, escluso l'abbonamento.

In parziale deroga a quanto previsto per le prestazioni sociali, la garanzia opera anche se i familiari del Nucleo diversi dal figlio al quale la domanda di rimborso della quota associativa si riferisce hanno già ricevuto il rimborso/liquidazione di prestazioni sanitarie previste dalle presenti condizioni di assicurazione nella medesima annualità assicurativa.”

- **L'art. 12 “Esclusioni”**, si intende modificato e integrato come segue per la parte sottolineata:

12. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) le terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato 1 e, con esclusivo riferimento ai piani integrativi, quelli resi necessari da intervento demolitivo per neoplasia maligna, anche effettuati in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza);
- 2) 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, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;*
- 3) *i Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;*
 - 4) *il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;*
 - 5) *gli infortuni derivanti dalla pratica sportiva esercitata professionalmente;*
 - 6) *gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allenamenti;*
 - 7) *gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;*
 - 8) *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;*
 - 9) *le conseguenze di guerra, insurrezioni, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;*
 - 10) *le conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;*
 - 11) *le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;*
 - 12) *certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;*
 - 13) *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;*
 - 14) *iniezioni sclerosanti;*
 - 15) *medicina legale e medicina del lavoro;*
 - 16) *prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;*
 - 17) *trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;*
 - 18) *ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona;*
 - 19) *prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico e non saranno in alcun modo rimborsabili le spese sostenute per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi, né agopuntura, salvo quanto espressamente previsto dai Piani Sanitari;*
 - 20) *tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari;*
 - 21) *gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;*
 - 22) *cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);*
 - 23) *ricoveri impropri;*
 - 24) *le conseguenze dirette od indirette di pandemie.*

- **La Guida all'utilizzo delle prestazioni sanitarie, il "NOTA BENE: DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE TRA DUE ANNUALITÀ a pag. 4 di 17** si intende modificato e integrato con la sostituzione del "NOTA BENE" e del relativo esempio, come segue:

"NOTA BENE: DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE A FINE ANNO

(Procedura Voucher Salute)

Le prestazioni sanitarie collegate a VoucherSalute richiesti in un determinato esercizio saranno liquidate secondo i massimali e le procedure previste dalla polizza in essere nell'anno in cui viene erogata la prestazione sanitaria.

Esempio: Qualora l'assistito abbia richiesto un VoucherSalute a dicembre 2019 e in base alla disponibilità dell'agenda della struttura sanitaria, la prestazione viene erogata a gennaio 2020, sarà indennizzata a valere su massimale previsto per l'esercizio 2020.

- **La Guida all'utilizzo delle prestazioni sanitarie, al paragrafo "F. ESEMPI DI RICHIESTA DI EMISSIONE DEL VOUCHERSALUTE® PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE" a pag. 11 di 17** si intende modificata e integrata con la sostituzione dell'esempio 4, come segue:

"Esempio 4: inserimento di un impianto su elemento 32 a seguito di estrazione avvenuta nel 2017"

Casistica: inserimento di un impianto osteointegrato per elemento dentario mancante.

Per ricevere la prestazione l'Assistito dovrà:

- 1. accedere alternativamente al sito di mètaSalute o alla App di mètaSalute per comunicare:
-a la prestazione da eseguire "inserimento di un impianto su elemento 32";
-b la diagnosi "edentulia"*
- 2. trasmettere a RBM Assicurazione Salute la prescrizione medica con l'indicazione di "inserimento di un impianto per edentulia in elemento 32" e la rx endorale datata e firmata dal dentista che effettuò l'estrazione nel 2017;*
- 3. ricevere a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute®, da portare con sé il giorno dell'appuntamento insieme alla prescrizione medica;*
- 4. prenotare l'appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata."*

- **La Guida all'utilizzo delle prestazioni sanitarie, a pag. 11 di 17** si intende integrata come segue:

NOTA BENE: L'impianto osteointegrato rientra nella garanzia degli interventi chirurgici odontoiatrici se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione o 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, la Compagnia si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati in un periodo di tempo più ampio (purchè effettuati durante la vigenza contrattuale) qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico.

"Esempio 6: Implantologia post estrattiva in elemento 47 (l'impianto dentale deve essere posizionato entro 12 mesi dall'estrazione dell'elemento)"

Casistica: richiesta di indennizzo di impianto dentale post estrazione opportunamente documentata.

Per ricevere la prestazione l'Assistito dovrà:

- 1. accedere alternativamente al sito di mètaSalute o alla App del Fondo per comunicare:
- a. la prestazione da eseguire "Impianto dentale in elemento 47";
- b. il quesito diagnostico o la patologia (ad esempio "Cisti radicolare");*
- 2. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica con indicazione della prestazione da eseguire ("Impianto dentale in elemento 47");*
- 3. ricevere a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute® da portare con sé il giorno dell'appuntamento unitamente alla prescrizione medica;*
- 4. prenotare l'appuntamento presso la Struttura Odontoiatrica Convenzionata."*

“Esempio 7: Implantologia post estrattiva in elemento 45 a seguito di rigenerativa tardiva (l’impianto dentale deve essere posizionato entro 18 mesi dall’estrazione dell’elemento)”

Casistica: richiesta di indennizzo di impianto dentale post estrazione opportunamente documentata.

Per ricevere la prestazione l’Assistito dovrà:

- 1. accedere alternativamente al sito di mètaSalute o alla App del Fondo per comunicare:*
 - a. la prestazione da eseguire “Impianto dentale in elemento 45”;*
 - b. il quesito diagnostico o la patologia (ad esempio) “rigenerativa ossea”;*
- 2. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica con l’indicazione della prestazione da eseguire (“Impianto dentale in elemento 45 a seguito di rigenerativa ossea” e ortopantomografia per certificare l’avvenuto l’intervento di rigenerazione ossea);*
- 3. ricevere a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute®, da portare con sé il giorno dell’appuntamento unitamente alla prescrizione medica;*
- 4. prenotare l’appuntamento presso la Struttura Odontoiatrica Convenzionata.*

➤ **La Guida all’utilizzo delle prestazioni sanitarie, a pag. 11 di 17** si intende modificata e integrata, con riferimento all’edentulia, come segue:

“Esempio 4: inserimento di un impianto su elemento 32 a seguito di estrazione avvenuta nel 2017”

Casistica: inserimento di un impianto osteointegrato per elemento dentario mancante.

Per ricevere la prestazione l’Assistito dovrà:

- 1. accedere alternativamente al sito di mètaSalute o alla App di mètaSalute per comunicare:*
 - a la prestazione da eseguire “inserimento di un impianto su elemento 32”;*
 - b la diagnosi “edentulia”*
- 2. trasmettere a RBM Assicurazione Salute la prescrizione medica con l’indicazione di “inserimento di un impianto per edentulia in elemento 32” e la ” e la rx endorale datata e firmata dal dentista che effettuò l’estrazione nel 2017;*
- 3. ricevere a mezzo sms/e-mail il VoucherSalute®, da portare con sé il giorno dell’appuntamento insieme alla prescrizione medica;*
- 4. prenotare l’appuntamento presso la struttura odontoiatrica convenzionata. ”*

Le Parti allegano alla presente appendice l’Allegato 2 “GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE” (edizione 03/2020), come modificato secondo quanto sopra previsto e in sostituzione della precedente versione.

Fermo il resto.

Preganziol, li 23 aprile 2020

RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Fondo mètaSalute