



# FONDO METASALUTE (SINTESI)

**fismic**<sup>®</sup>  
*confsal*

# PIANO SANITARIO BASE FONDO METASALUTE

**VALIDO ESCLUSIVAMENTE PER TUTTI I DIPENDENTI CHE APPLICANO IL  
CCNL FEDERMECCANICA**

## INDICE

1. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI
2. COME ADERIRE AL PIANO SANITARIO
3. GUIDA ALL'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE
4. REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA
  - 4.1 Ricoveri ed interventi chirurgici
  - 4.2 Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni extraospedaliere
5. REGIME RIMBORSUALE



*Segreteria Generale*  
Via Case Rosse, 23 – 00131, Roma - Tel. 0671588847 – 06/41405963 - Fax 06/71584893 -  
mail: [segreteria.roma@fismic.it](mailto:segreteria.roma@fismic.it)  
P.Iva 08564790015 - Cod.fisc. 80088140019

# 1. BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

**MetàSalute dal 1 Ottobre 2017 diventerà il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per tutti i lavoratori metalmeccanici.**

A partire dal 1 Ottobre 2017 saranno automaticamente iscritti al Fondo metàSalute tutti i lavoratori non in prova:

- con contratto a tempo indeterminato, compresi i lavoratori part-time;
- con contratto di apprendistato;
- con contratto a tempo determinato con durata residua non inferiore a 5 mesi a decorrere dalla data di iscrizione;
- i lavoratori in aspettativa per malattia;
- i lavoratori interessati dalla CIG in tutte le sue tipologie e, per un periodo massimo di 12 mesi;
- i lavoratori cessati a seguito di procedura di licenziamento collettivo che beneficiano della NASPI.

I dipendenti che non vorranno aderire al Fondo dovranno comunicare alla propria azienda tale volontà tramite apposita rinuncia scritta.



## ***Nucleo familiare***

Sono destinatari delle prestazioni del Fondo i componenti del nucleo familiare del lavoratore dipendente iscritto.

Per nucleo familiare si intende:

- il coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili);
- il convivente di fatto;
- i figli sino al compimento del 26° anno di età;
- i figli senza alcun limite di età che si trovino per grave infermità nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere un'attività lavorativa.

## **Nucleo fiscalmente a carico**

Sono considerati familiari fiscalmente a carico i membri della famiglia che possiedono un reddito complessivo uguale o inferiore a € 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili.

- il coniuge non legalmente ed effettivamente separato;
- i figli fino al compimento del 26° anno di età;
- i figli senza alcun limite di età che si trovino per grave infermità nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere un'attività lavorativa (compresi i figli adottivi, affidati o affiliati).

## 2. MODALITA' DI ADESIONE AL FONDO

*I lavoratori già iscritti al Fondo continueranno a risultare tali e non dovranno iscriversi nuovamente.* Non verrà in alcun modo compromessa l'assistenza sanitaria che sarà garantita in continuità. L'iscrizione dei nuovi lavoratori NON avverrà più con il modulo di adesione, ma tramite l'azienda di appartenenza che comunicherà direttamente al Fondo i dati anagrafici dei dipendenti da iscrivere. Dal 1 Ottobre tutti i lavoratori, anche quelli già aderenti a mètaSalute, dovranno registrarsi nuovamente sul sito [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it) e generare le NUOVE 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.

## 3. GUIDA ALL'UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Le prestazioni sono garantite attraverso due regimi di erogazione:

- **Assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile dal Fondo mètaSalute da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico;
- **Assistenza sanitaria rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile, nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

Dal sito del Fondo mètaSalute ([www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it)), previa autenticazione, si accede all'Area Riservata agli Iscritti, dove è possibile:

- consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;
- compilare la richiesta di rimborso;
- prenotare un servizio.

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Assistiti ai quali all'atto dell'iscrizione sono state rilasciate login e password.

Attraverso il pulsante "Prestazioni sanitarie dal 01/01/2017" è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

## 4. REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

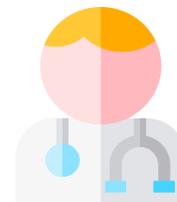
Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere la relativa autorizzazione.

### 4.1 – RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

La richiesta alla Centrale Operativa dovrà pervenire con un preavviso **di almeno 24 ore** (un giorno lavorativo).

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

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



L'Assistito dovrà trasmettere via fax, al numero **+39 0422.17.44.799** o via mail ([assistenza.metasalute@previmedical.it](mailto:assistenza.metasalute@previmedical.it)) alla Centrale Operativa:

- prescrizione (compresa la prescrizione medica elettronica) della prestazione da effettuare;
- diagnosi;
- certificato medico (compresa la prescrizione medica elettronica) attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- in caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.
- in caso di incidente stradale, in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (contestazione amichevole).

La prenotazione di eventuali interventi chirurgici è possibile anche tramite il sito web ([www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it)), accedendo alla relativa Area Riservata e da App Mobile.

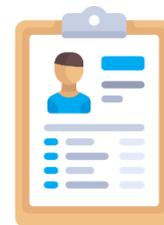
**In caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione entro un massimo di 3 giorni dall'esecuzione dell'intervento e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata.**

## 4.2 - VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

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

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

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



- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.
- in caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.
- in caso di incidente stradale, in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (contestazione amichevole).

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

La pre-attivazione di eventuali prestazioni è possibile anche tramite il sito web ([www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it)), accedendo alla relativa Area Riservata e da App Mobile.

## 5. REGIME RIMBORSUALE

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

- **documentazione medica:**
  - **prescrizione** con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi;
  - la **cartella clinica completa** e la scheda di dimissione ospedaliera, sia in caso di ricovero con pernottamento che diurno (Day Hospital);
  - **relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate;
  - **certificato del medico oculista o optometrista** regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta). Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in una unica soluzione entro la fine dell'anno;
  - le richieste di **rimborso per cure dentarie** dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
  - **copia del tesserino "esenzione 048"** in caso di prestazioni oncologiche di followup;
  - prescrizioni del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, in caso di trattamenti fisioterapici;
  - certificato medico attestante la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità;
  - quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.
- **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

La richiesta di rimborso andrà effettuata compilando l'apposito Modulo reperibile sul sito internet [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it) (sezione Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia** della documentazione giustificativa di cui sopra, e successivamente inviandolo all'indirizzo presente sul sito sopracitato.

In alternativa alla procedura cartacea l'Assistito potrà trasmettere online le proprie richieste di rimborso, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa tramite l'Area Riservata sul sito [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it).