NOMENCLATORE PIANO SANITARIO INTEGRATIVO PREMIUM
GRUPPO FERROVIE DELLO STATO

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (regime di assistenza diretta e rimborsuale), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

GLOSSARIO

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Assistito/i: il/i dipendente/i dell'Associato che usufruirà/anno del presente Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa;

Associato: Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A. in proprio e in nome e per conto delle Società del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane (Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A. in proprio e in nome e per conto delle Società del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane (RFI S.p.A., Trenitalia S.p.A., Ferservizi SpA, Italferr S.p.A., FS Sistemi Urbani S.r.l., Italcertifer S.p.A., Mercitalia Logistics S.p.A., Mercitalia Rail S.r.l., Nugo S.p.A., Crew S.r.l., FSTechnology S.p.A., Trenitalia-Tper S.c.a.r.l, Crew S.p.A., FS International S.p.A., Fondazione FS Italiane, Terminali Italia S.r.l, Fercredit S.p.A., Mercitalia Shunting&Terminal S.r.l.) che applicano il C.C.N.L. della Mobilità/Area Contrattuale Attività Ferroviarie e il Contratto Aziendale di Gruppo FS Italiane del 22.03.2022.

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa: Cassa Previmed (ex Cassa RBM Salute), via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150; ha finalità assistenziale ed è abilitata a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

Day Hospital: la degenza in istituto di cura in regime esclusivamente diurno, con rilascio di apposita cartella clinica/scheda di dimissione contenente tutti gli elementi relativi all'intervento o alle terapie eseguite.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Evento/Data Evento:
- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere -** tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
- La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica**.**

  La data evento è la data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.
- **Prestazioni fisioterapiche**: ogni singola prestazione fisioterapica.
  Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.

  Data evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

FS: Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A.

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera per ricoveri che non comportano il rimborso di spese sanitarie.

Indennizzo: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

Intervento chirurgico concomitante: ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale purchè rientrante negli interventi di cui agli Allegati 1 e 2 al nomenclatore relativo al Pacchetto Standard.

Intesa Sanpaolo RBM Salute: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A..

Istituto di Cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera. Non sono istituto di cura:

- gli stabilimenti termali

- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA).

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio**.** La gravidanza non è considerata malattia.

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia.

Network: rete convenzionata, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.fs.cassaprevimed.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare: per nucleo familiare si intende, ad eccezione del dipendente che riveste il ruolo di Assistito:

- il coniuge o, in assenza di questo, il convivente *more uxorio;*
- i figli risultanti dallo stato di famiglia;
- i figli in affidamento all'ex coniuge/convivente purché fiscalmente a carico dell'Assistito principale (dipendente).

In caso di separazione legale, il dipendente potrà chiedere, previa autocertificazione del fatto, che nel nucleo familiare venga ammesso a far parte, in alternativa al coniuge, il convivente *more uxorio.* Si specifica che, ai sensi dell'art. 1 comma 20 della Legge 76/2016 e dell'art. 1, comma 1 del Decreto Legislativo 7/2017, si intende per coniuge anche ognuna delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso contratta/costituita in Italia o all'estero.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Rimborso: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici).

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale.

Beneficiari delle Prestazioni

I destinatari del presente Piano Sanitario sono tutti i lavoratori con contratto di lavoro dipendente delle Società del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane che applicano il C.C.N.L. della Mobilità/Area Contrattuale Attività Ferroviarie e il Contratto Aziendale del Gruppo FS Italiane del 22.03.2022 (analiticamente indicate in Premessa) **senza esclusione alcuna**. Sono altresì considerati destinatari del presente Piano Sanitario anche i lavoratori dipendenti delle Società controllate e/o collegate al Gruppo FS rientranti nel Piano Sanitario del Gruppo FS.

Si specifica che si intendono inclusi anche i dipendenti impiegati presso sedi dislocate all'estero e per i quali la copertura è garantita almeno in forma di Assistenza Indiretta.

L'adesione del nucleo familiare è su base meramente facoltativa e il relativo contributo è a carico del Dipendente FS in copertura.

Modalità di erogazione delle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce le prestazioni sanitarie per il tramite delle strutture sanitarie convenzionate (Assistenza Diretta) o tramite il rimborso delle spese anticipate dall'Assistito (Assistenza Indiretta/Rimborsuale).

Assistenza Diretta

È riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Intesa Sanpaolo RBM Salute, 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/oscoperti che rimangono a suo carico.

Qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Sanitario reso disponibile da Intesa Sanpaolo RBM Salute, ma l'équipe medica non lo fosse (**assistenza sanitaria mista**)**,** le spese relative alla struttura saranno liquidate direttamente alla stessa, mentre le spese relative ai medici non convenzionati saranno rimborsate all'Assistito. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal Piano Sanitario per il regime diretto (struttura) e per il regime rimborsuale/indiretto (equipe).

Assistenza Indiretta (Rimborso)

L'Assistito potrà, a sua scelta, avvalersi della procedura di Assistenza Indiretta, anticipando in proprio le spese e richiedendo successivamente - nei limiti previsti dal Piano Sanitario Integrativo sottoscritto - il rimborso a Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Le richieste di rimborso possono essere presentate entro **tre mesi** dalla data di emissione dei documenti di spesa per i quali si richiede il rimborso.

La richiesta di rimborso deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico (ove previsto), nonché dalle copie delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute. Si specifica che la documentazione deve essere intestata all'Assistito.

GARANZIE DEL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO PREMIUM

Il **Piano Sanitario Intergativo Premium** garantisce, in aggiunta a quanto già previsto dal Piano Sanitario Standard, le seguenti prestazioni:

A. Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici;
B. Prestazioni oculistiche;
C. Fecondazione Eterologa;
D. Controllo Pediatrico;
E. Cure Termali Minori;
F. Visite di Controllo;
G. Vaccinazione Antinfluenzale;
H. Immunonutrizione;
I. Monitoraggio Remoto del Paziente (RPM Services);
J. Prestazioni per Invalidità Permanente (Da Malattia o Infortunio);
K. Stati di Non Autosufficienza Consolidata/Permanente;
L. Cellule Staminali per Patologie Oncologiche;
M. Second Opinion Internazionale;
N. Indennità da maternità o paternità;
O. Servizio di Tutoring;
P. Psicoterapia;
Q. Disturbi specifici dell'apprendimento del minore (DSA);
R. Accesso al Network a tariffe agevolate;

A. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede alla liquidazione delle spese per **visite specialistiche ed accertamentidiagnostici** conseguenti a malattia o ad infortunio.

Si considerano escluse le visite pediatriche, le visite specialistiche odontoiatriche ed ortodontiche.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da Intesa Sanpaolo RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di **Assistenza Indiretta** le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute è necessario che l'Assistito alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di **€ 4.000,00** per persona.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare una visita oculistica per un costo complessivo di € 100,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 100,00.

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di una visita ortopedica pagata € 150,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa all'Assistito € 130,00 (franchigia di € 20,00 per ogni prestazione).

B. PRESTAZIONI OCULISTICHE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

La presente garanzia prevede la copertura, in regime di Assistenza diretta, le spese oculistiche ricomprese nel seguente elenco:

a) **Solo lenti oftalmiche correttive della vista:** Lenti organiche bianche, Lenti organiche antiriflesso, Lenti organiche 1,67 ar, Lenti organiche 1,74 ar, Lenti progressive, Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio, Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso, Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione, Transitions VI 1,5 antigraffio, Transitions VI 1,5 antiriflesso, Transitions VI 1,6 antigraffio, Transitions VI 1,6 antiriflesso, Monofocale in vetro non trattata, Monofocale in vetro trattata con antiriflesso, Monofocale in vetro fotocromatico non trattata, Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso, Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso, Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso, Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso, Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso, Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso.

b) **Solo lenti a contatto correttive della vista:** Giornaliere 30 lenti, Giornaliere toriche 30 lenti, Settimanali 6 lenti, Mensili 1 lente, Mensili 3 lenti, Mensili toriche 3 lenti.

c) **Occhiale completo (lenti correttive della vista + montatura):** marca modello RBM powered Luxottica.

d) **Sola montatura da vista:** vari modelli di marche selezionate (per esempio 4 modelli marchio Vogue, 4 modelli marchio Armani Exchange, 6 modelli marchio Ray-Ban, 4 modelli marchio Emporio Armani, 4 modelli marchio Polo, 4 modelli marchio Persol, 4 modelli marchio Burberry, 4 modelli marchio Michael Kors).

La garanzia opera solo se c'è un difetto visivo (senza limitazione sulla tipologia) e se c'è una variazione del visus, quest'ultima non richiesta solo nel caso di acquisto della sola montatura. La garanzia comprende anche la misurazione del visus.

La garanzia comprende inoltre i seguenti servizi:

- check-up visivo;
- montaggio occhiali.

Su tale copertura opera un limite di spesa una tantum di **€ 150,00** a nucleo ogni 2 anni.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da Intesa Sanpaolo RBM Salute strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

L'**Assistenza Indiretta** è ammessa solo se nella provincia di residenza dell'Assistito non è presente un ottico convenzionato.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad un check up un visivo di € 120,00, Intesa Sanpaolo RBM Saluteliquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 120,00.

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di check up visivo € 120,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa all'Assistito € 120,00 soltanto se nella provincia di residenza dll'Assistito non è presente un ottico convenzionato.

C. FECONDAZIONE ETEROLOGA

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

La presente garanzia prevede la copertura presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa, senza applicazione di franchigie o scoperti. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

In caso di **Assistenza Diretta** il massimale previsto è **di € 350,00** anno / persona.

In caso di **Assistenza indiretta** il massimale previsto è di **€ 250,00** anno / persona.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare un trattamento del costo di € 300,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 300,00.

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di un trattamento pagato € 300,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsaall'Assistito € 250,00 (importo massimo erogabile a rimborso).

D. CONTROLLO PEDIATRICO

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo familiare assistito di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, da effettuarsi in **Assistenza Diretta**, alle seguenti condizioni:

a) 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi;

b) 1 visita ai 4 anni;

c) 1 visita ai 6 anni.

Il massimale è illimitato; per ciascuna prestazione è prevista una franchigia a carico dell'Assistito di importo pari ad **€ 36,15**.

Esempio:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare una pediatrica per un costo complessivo di € 100,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 63,85(franchigia di € 36,15 per visita).

E. CURE TERMALI MINORI

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

La presente garanzia prevede il rimborso delle seguenti cure termali erogate agli Assistiti minori di età:

*Cure Inalatorie (*una volta all'anno)

- Inalazione

- Aerosol orale o nasale
- Aerosol ionico o sonico
- Irrigazione nasale
- Doccia nasale micronizzata
- Nebulizzazione

Cure Otorinolaringoiatriche:

- Insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato.

In caso di **Assistenza Diretta** le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente di Intesa Sanpaolo RBM Salute alle strutture convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del 50%del costo del ciclo.

In caso di **Assistenza Indiretta** le prestazioni per cure inalatorie verranno rimborsate da Intesa Sanpaolo RBM Salute all'Assistito fino ad un massimo di **€ 35,00** per ciclo.

Le prestazioni per cure otorinolaringoiatriche verranno rimborsate da Intesa Sanpaolo RBM Salute all'Assistito fino ad un massimo di **€ 45,00** per ciclo.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare un Aerosol Orale per un costo complessivo di €50,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 25,00 (scoperto del 50% per ogni ciclo).

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di un Aerosol nasale pagato € 50,00, Intesa Sanpaolo RBM Saluterimborsa all'Assistito € 35,00 (massimo €35,00 per ciclo).

F. VISITE DI CONTROLLO

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, una visita di controllo annua in qualsiasi delle specializzazioni rese disponibili dai Centri Autorizzati dal Network.

La prestazione è gratuita, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia) e alcun limite di spesa.

La prestazione è garantita anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.

La garanzia non può essere fruita da persona diversa dal titolare della copertura. Nel caso di adesione del Nucleo familiare: è riconosciuta una ulteriore visita di controllo annua per un altro componente del nucleo stesso, diverso dal titolare.

G. VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

La presente garanzia prevede l'erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale da effettuarsi in assistenza diretta presso i Centri Autorizzati del Network Convenzionato, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

H. IMMUNONUTRIZIONE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Nell'ambito della garanzia ricovero, senza costi aggiuntivi, si intendono ricompresi, e senza scoperti e franchigie, anche i prodotti di immunonutrizione specifici, per i quali è garantito il servizio di reperimento a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

I. MONITORAGGIO REMOTO DEL PAZIENTE (RPM SERVICES)

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di **120** giorni.

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 1 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (02) e saturazione del sangue
- peso corporeo

La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa (Programma 2).

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (02) e saturazione del sangue
- peso corporeo

- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)
- temperatura corporea (ingresso manualmente)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Entrambi i programmi prevedono:

- consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;
- training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center; rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;
- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

J. PRESTAZIONI PER INVALIDITÀ PERMANENTE (da Malattia o Infortunio)

Garanzia operante per il solo Assistito Principale (Dipendente FS).

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente. Sono destinatari della garanzia i lavoratori del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane Assistiti che hanno maturato i requisiti soggettivi di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura sanitaria:

A) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore all' 80% ;

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui sopra, Intesa Sanpaolo RBM Salute mette a disposizionedegli Assistiti, una tantum, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con Grado Compreso tra 80% e 90%

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia

medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati e/o noleggiati (ad es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, etc)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)
5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Il sub-massimale previsto è di **€ 8.000,00** solo in regime rimborsuale.

b. Invalidità con Grado Compreso tra 91% e 100%

1. Le prestazioni di cui al precedente paragrafo a., da 1 a 7;
2. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione;
3. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico;
4. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.

Il sub-massimale previsto è di **€ 10.000,00** solo in regime rimborsuale.

Per entrambe le prestazioni di cui ai precedenti punti a) e b) può essere attivato il programma 2 della garanzia di cui al paragrafo H - Monitoraggio Remoto del paziente (RPM Services).

K. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

La presente copertura garantisce attraverso le strutture sanitarie convenzionate del Network l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il

rimborso delle spese sostenute per un valore corrispondente al limite di spesa mensile garantito, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assistito.

Gli Assistiti devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate: Lavarsi; Vestirsi e svestirsi; Andare al bagno e usarlo; Spostarsi; Continenza; Nutrirsi.
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affetto da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

Nel caso in cui l'Assistito si trovi in stato di non autosufficienza come di seguito definito, il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate, corrisponde a **€ 200,00** da corrispondersi per una durata massima di 3 anni.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assistito il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana: lavarsi; vestirsi e svestirsi; andare al bagno e usarlo; spostarsi; continenza; nutrirsi.

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assistito nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti.

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA	
Lavarsi	**Punteggio**
1° grado - L'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo	**0**
2° grado - L'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	**5**
3° grado - L'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	**10**
Vestirsi e svestirsi	
1° grado – L'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	**0**
2° grado - L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi	**5**

3° grado - L'Assistito necessita, sia per la parte superiore del corpo, sia per la parte inferiore del corpo, di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi	**10**
Andare al bagno e usarlo	
1°grado - L'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	**0**
2° grado - L'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	**5**
3° grado - L'Assistito necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	**10**
Spostarsi	
1° grado - L'Assistito è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	**0**
2° grado - L'Assistito è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	**5**
3° grado - L'Assistito è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	**10**
Continenza	
1° grado - L'Assistito è completamente continente	**0**
2° grado - L'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	**5**
3° grado - L'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	**10**
Nutrirsi	
1° grado - L'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	**0**
2° grado - L'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: sminuzzare/tagliare cibo, sbucciare la frutta, aprire un contenitore/una scatola, versare bevande nel bicchiere	**5**
3° grado - L'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	**10**

Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assistito o dall'Assistito stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come sopra definito dovrà contattare entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza Intesa Sanpaolo RBM Salute e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del limite di spesa mensile garantito previsto e previa valutazione di Intesa Sanpaolo RBM Salute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, come di seguito definite.

Intesa Sanpaolo RBM Salute, intervistando telefonicamente l'Assistito, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assistito, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora Intesa Sanpaolo

RBM Salute valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi sociosanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case manager provvede inoltre ad inviare all'Assistito una guida orientativa perle agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Assistito, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assistito, dovrà produrre idonea documentazione. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'Assistito verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; Il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assistito una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assistito o dai familiari. Qualora l'Assistito necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate Intesa Sanpaolo RBM Salute, entro il limite di spesa mensile garantito, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assistito che nelle strutture stesse. All'Assistito verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assistito e quelle eventualmente rifiutate dall'Assistito. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assistito, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assistito, per accettazione del PAI. Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto: Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare; Badante; Trattamenti fisioterapici e rieducativi; Visite specialistiche; Accertamenti diagnostici; Trasporto in Ambulanza; Prestazioni erogate in regime di ricovero.

Intesa Sanpaolo RBM Salute procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni, esclusivamente in strutture convenzionate col network, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4). Intesa Sanpaolo RBM Salute monitorerà costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assistito stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni. Qualora a seguito dell'esaurimento del limite di spesa mensile garantito, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assistito, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle convenzionate col network, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assistiti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assistito una guida orientativa,

contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assistito o dai familiari. Qualora l'Assistito necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assistito, e invierà alla struttura prescelta tra quelle convenzionate da Intesa Sanpaolo RBM Salute, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assistiti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assistito stesso e/o dalle convenzionate col network utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1). Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva la facoltà di sottoporre l'Assistito ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso. Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assistito comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate, nei limiti dell'importo mensile garantito. Qualora invece le condizioni dell'Assistito non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assistito stesso.

3) Nel caso in cui Intesa Sanpaolo RBM Salute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assistito. Laddove il punteggio assegnato da Intesa Sanpaolo RBM Salute al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Assistito verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assistito una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assistito o dai familiari. Qualora l'Assistito necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assistito, e invierà alla struttura prescelta tra quelle convenzionate col network, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assistiti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

4) Qualora l'Assistito sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà a rimborsargli, nei limiti del limite di spesa mensile garantito, esclusivamente la retta mensile.

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza secondo le condizioni definite dà diritto all'Assistito che si trovi in stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti nelle forme di seguito indicate e di seguito dettagliate:
a) erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato; b) rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA. In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto 1), avvalendosi quindi di strutture e/o di personale

convenzionati col network, lo stesso provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'Assistito opti per il pagamento diretto della badante da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Assistito oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assistito. La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Assistito né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nella presente copertura, eccedenti la somma mensile garantita o non autorizzate di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

L. CELLULE STAMINALI PER PATOLOGIE ONCOLOGICHE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

La presente garanzia prevede la copertura presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese sostenute per l'utilizzo a scopo terapeutico di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche, senza applicazione di franchigie o scoperti.

Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

In caso di **Assistenza Diretta** il massimale previsto è di **€ 350,00** anno / persona.

In caso di **Assistenza Indiretta** il massimale previsto è di **€ 250,00** anno / persona.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare un trattamento per un costo complessivo di € 100,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 100,00.

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di un trattamento pagato € 150,00, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsaall'Assistito € 150,00.

M. SECOND OPINION INTERNAZIONALE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Con riferimento alle seguenti patologie, l'assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico, complementare rispetto alla precedente valutazione medica, dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza internazionali, nonché da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali:

- Malattie Cardiovascolari, Malattie Cerebrovascolari (Ictus), Cecità, Sordità, Tumori Maligni, Insufficienza Renale, Trapianto di Organo, Sclerosi Multipla, Paralisi, Malattia di Alzheimer, Malattia di Parkinson, Gravi Ustioni, Coma.

L'Assistito contatterà la Centrale Operativa e fornirà la documentazione medica inerente la patologia in ordine alla quale richiede l'attivazione del servizio di Second Opinion Internazionale.

La Centrale Operativa richiederà una seconda consulenza a specialisti che operano presso Centri Specialistici di eccellenza internazionale, che forniranno un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici dell'Avente diritto.

N. INDENNITÀ DI MATERNITÀ O PATERNITÀ

Garanzia operante per il solo Assistito Principale (Dipendente FS).

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce, sia alle lavoratrici madri sia ai lavoratori padri dipendenti del Gruppo FS che decidono di avvalersi del congedo parentale (c.d. astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità), decorso il periodo di congedo di maternità/paternità (c.d. astensione obbligatoria dal lavoro), un'indennità giornaliera di **€ 20,00** per la durata massima di 90 giorni complessivi per annualità assistenziale/persona.

Il diritto alla presente indennità si intende esteso anche al caso di adozione di minori.

Il presente Piano Sanitario si intende operante qualora il congedo parentale sia iniziato durante l'operatività del presente piano sanitario, purché il lavoratore/la lavoratrice risulti regolarmente Assistito/a sia all'inizio del congedo parentale sia al termine, senza alcuna interruzione nella copertura sanitaria.

Ai fini dell'accesso alla presente garanzia si precisa che l'Indennità di maternità o paternità è garantita esclusivamente ai lavoratori del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane che non abbiano mai usufruito prima del 01/07/2020 del congedo parentale relativamente al figlio per il quale richiedono l'indennità. Ai fini della richiesta dell'indennità di maternità/paternità, l'Assistito dovrà presentare i seguenti documenti:

a. Copia della domanda di Congedo parentale all'INPS;
b. Copia del certificato rilasciato dall'INPS in merito alla domanda di Congedo parentale;
c. Copia Certificato di nascita del figlio per il quale si richiede l'Indennità di Maternità/Paternità;
d. Copia del Cedolino Presenze/Busta Paga estraibile dai sistemi FS dal quale risulti l'assenza per Congedo parentale;
e. Autocertificazione del soggetto con dichiarazione di non aver usufruito prima del 01/07/2020 di Congedo parentale per il figlio per il quale viene richiesta l'indennità.

In caso di congedo fruito a ore, ai fini della richiesta di Indennità di Maternità/Paternità si andrà a cumulo e quando verrà raggiunta la giornata di congedo sarà possibile liquidare l'indennità.

La liquidazione della presente indennità verrà effettuata ogni mese o, su richiesta dell'Assistito/a, in un'unica soluzione al rientro dalla maternità/paternità.

Esempio:

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito abbia goduto di un permesso per congedo parentale pari a 5 giorni Intesa Sanpaolo RBM Salute indennizza l'Assistito con un importo pari a € 100,00.

O. SERVIZIO DI TUTORING

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

P. PSICOTERAPIA

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Sono coperte le spese sostenute per prestazioni di psicoterapia prescritte da medico ASL o medico Psichiatra, per un massimo 10 sedute.

E' previsto un massimale di **€ 500,00** anno/nucleo.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da Intesa Sanpaolo RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito

In caso di **Assistenza Indiretta** è previsto un limite massimo di **€ 60,00** a seduta.

Q. DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO DEL MINORE (DSA)

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Sono coperte, per i casi definiti moderati o severi, secondo DSM – 5, le spese sostenute per il trattamento e le cure dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), secondo quanto previsto dal DSM – 5, a condizione che la diagnosi sia certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale.

È previsto un massimale di **€ 250,00** anno/nucleo con un massimo 10 prestazioni.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da Intesa Sanpaolo RBM Salute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 25,00** a prestazione.

In caso di **Assistenza Indiretta** le spese sostenute vengono rimborsate all'Assistito con l'applicazione di una franchigia di **€ 25,00** a prestazione.

R. ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE AGEVOLATE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

È messo a disposizione degli Assistiti un servizio di accesso a tariffe agevolate al network convenzionato, per beneficiare dell'applicazione di tariffe agevolate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti. Nel portale web è visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati aderenti al circuito card. Ad ogni assistito sarà assegnata una Card elettronica nominativa, scaricabile attraverso la APP Mobile o l'area riservata.

ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave dell'Assistito o di altri beneficiari (art. 1900 C.C.).

CASSA PREVIMED

Scheda Riassuntiva

PACCHETTO AGGIUNTIVO PREMIUM

GARANZIA	Massimali/Sub-massimali (Anno/Nucleo) – scoperti e franchigie
Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	 **€ 4.000,00 anno/persona** Nessuno scoperto e/o franchigia franchigia € 20,00
Prestazioni oculistiche Massimale Condizioni	**€ 150** a nucleo ogni 2 anni Assistenza diretta e Assistenza Indiretta nessuno scoperto/franchigia Assistenza Indiretta prevista solo se nella provincia di residenza dell'Assistito non è presente un ottico convenzionato
Fecondazione eterologa Massimale Condizioni:	Assistenza diretta **€ 350** anno / persona Assistenza indiretta **€ 250** anno / persona Nessuno scoperto e/o franchigia
Controllo Pediatrico Massimale • 1 visita di controllo tra i 6 mesi e 1 anno • 1 visita di controllo a 4 anni • 1 visita di controllo a 6 anni Condizioni: - Assistenza diretta - Assistenza Indiretta	 **illimitato** franchigia € 36,15 non prevista
Cure termali minori Massimale • Cure Inalatorie (una volta all'anno) • Cure Otorinolaringoiatriche: Condizioni: - Assistenza diretta	 **illimitato** Scoperto 50%
- Assistenza indiretta	Cure inalatorie: massimo rimborsabile € 35,00 per ciclo Cure Otorinolaringoiatriche: massimo rimborsabile € 45,00 per ciclo
Visite di controllo Massimale • 1 volta all'anno per specializzazione medica Condizioni: Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	 **illimitato** Nessuno scoperto / franchigia
Vaccinazione antinfluenzale Massimale Condizioni: Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	 **illimitato** Nessuno scoperto / franchigia
Immunonutrizione	

Massimale	**illimitato**
Condizioni:	Nessuno scoperto / franchigia

Monitoraggio domiciliare Remoto del Paziente (RPM service) **Programma 1** La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di **120** giorni	Parametri vitali monitorati: • pressione Arteriosa / Cuore • ossigeno (02) e saturazione del sangue • peso corporeo
Programma 2 La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa	Parametri vitali monitorati: • pressione Arteriosa / Cuore • ossigeno (02) e saturazione del sangue • peso corporeo • cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch) • temperatura corporea (ingresso manualmente) • controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)
Prestazioni per invalidità permanente (da malattia o infortunio)	
Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%	**€ 8.000,00** solo in Assistenza Indiretta
Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%	**€ 10.000,00** solo in Assistenza Indiretta
Stati Di Non Autosufficienza Consolidata/Permanente Massimale	Solo in strutture sanitarie convenzionate del Network Intesa Sanpaolo RBM Salute e, incaso di permanenza in RSA, anche in Assistenza Indiretta **€ 200,00** al mese – massimo 3 anni
Cellule staminali per patologie oncologiche Massimale Condizioni:	Assistenza diretta **€ 350** anno / persona Assistenza indiretta **€ 250** anno / persona Nessuno scoperto e/o franchigia
Second Opinion internazionale	
Indennità di maternità o paternità	**€ 20,00** – massimo 90 giorni
Servizio di Tutoring	
Psicoterapia Massimali Condizioni	**€ 500,00** anno/nucleo massimo 10 sedute Assistenza diretta nessuno scoperto/franchigia Assistenza Indiretta limite massimo di **€ 60,00** a prestazione
Disturbi Specifici dell'apprendimento del minore (DSA) Massimali Condizioni	**€ 250,00** anno/nucleo massimo 10 prestazioni Assistenza diretta franchigia di **€ 25,00** a prestazione Assistenza Indiretta franchigia di **€ 25,00** a prestazione
Accesso al Network a tariffe agevolate	