Premessa alla lettura di questo documento

Siamo giunti alla scadenza per decidere i 3 piani (tra i 5 disponibili) che rientreranno nell'accordo sindacale e che potranno essere utilizzati in ACI Informatica.

Come sempre Mètasalute da pochissimo tempo per valutare i piani e compiere una scelta consapevole.
Per questo motivo diffondiamo questo documento di analisi, auspicando possa aiutare a capire meglio i piani.

Ricordiamo che negli anni recenti Métasalute ha effettuato pesanti peggioramenti a tutti piani, sia in termini di prestazioni erogate (diminuite) sia in termini di costi rimborsati (diminuiti) sia in termini di costi della polizza (aumentati).
Per ogni dettaglio al riguardo rinviamo al link https://www.autorganizzati.org/assistenza-sanitaria/ dove è possibile vedere tra le altre cose i focus su Metasalute.

Metasalute anche quest'anno ha pubblicato le differenze tra ogni piano sanitario 2027 e gli atri piani sanitari dello stesso anno in una tabella sintetica, come abbiamo fatto noi negli anni passati. Questo il link per vedere sia la comparazione pubblicata da Metasalute che il dettaglio dei singoli piani.

In questo documento confrontiamo il Piano MS2 2027 con il Piano MS2 2026.

Per comodità riportiamo il confronto dettagliato prestazione per prestazione.
In estrema sintesi segnaliamo che sono state apportate alcune piccole modifiche, in alcuni casi migliorative (evidenziate in verde) in altri casi da valutare caso per caso (evidenziate in giallo)
Allo stesso tempo è stata modificata la durata, che passa da triennale a biennale. Questa modifica, apparentemente neutra perché non genera automaticamente un peggioramento, non la riteniamo un segnale positivo perché significa che chi offre la polizza non si vuole impegnare per tre anni a mantenere le stesse condizioni, ma solo per due anni.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale

A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale		
Diretta	illimitato	illimitato
rimborso/S.S.N.	18.000,00 euro per interventi ordinari / 22.500,00 euro per interventi complessi / 45.000,00 euro per trapianti 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"	18.000,00 euro per interventi ordinari / 22.500,00 euro per interventi complessi / 45.000,00 euro per trapianti 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"
Sub massimale ricostruttivo post mastectomia	4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella	4.000,00 euro una tantum a biennio (2027-2028) per evento a mammella
Intervento laser correzione difetti visivi	Solo per diottrie >=7) per ciascun occhio	Solo per diottrie >=7) per ciascun occhio
Condizioni		
Diretta	Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato.	Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato.
Rimborso	Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi- per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato	Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi- per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato
S.S.N. / Ticket	100%	100%
Pre/post	giorni illimitati	giorni illimitati
Trasporto di primo soccorso	100%	100%
Retta di degenza dell'accompagnatore	100%	100%

A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)

	Polizza 2026	Polizza 2027
	100,00 euro al giorno max. 150 gg	100,00 euro al giorno max. 150 gg

B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

B.1 Alta Specializzazione

	Polizza 2026	Polizza 2027
	da elenco	da elenco
Massimale	max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare	max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili o assicurati oncologici nel nucleo familiare
Diretta		
Condizioni		
Diretta	Scoperto 40%	Scoperto 35%
Rimborso	max. 70,00 euro per accertamento	max. 70,00 euro per accertamento
Ticket	Vedi B3	Vedi B3

B.2 Visite specialistiche

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale	max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare	max. 5 visiteper nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili o assicurati oncologici nel nucleo familiare
Diretta		
Condizioni		
Diretta	franchigia 45,00 euro	franchigia 40,00 euro
Rimborso	max. 50,00 euro per visita	max. 50,00 euro per visita
Ticket	Vedi B3	Vedi B3

B.3 Ticket per accertamenti diagnostici

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale		
Diretta	5.000,00 euro anno/nucleo	5.000,00 euro anno/nucleo
Condizioni		
Ticket	100%	100%

B.4 Accertamenti diagnostici

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale	max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare	max. 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili o assicurati oncologici nel nucleo familiare
Diretta		
Condizioni		
Diretta	Scoperto 40%	Scoperto 40%
Rimborso	max. 30,00 euro per fattura	max. 30,00 euro per fattura
Ticket	Vedi B3	Vedi B3

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (l'indennità sostitutiva da parto cesareo rientra nel § A.2)

	Polizza 2026	Polizza 2027
	B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO	B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO
Tipologia	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. test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale amniocentesi o villocentesi: per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.	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. test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale amniocentesi o villocentesi: per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.
Regola	Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).	Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
Massimale	700,00 euro per evento gravidanza	700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni		
Diretta	100%	100%
Rimborso	100%	100%

Ticket	100%	100%
	B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE	B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE
Tipologia	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 o iscritto all'apposito albo professionale una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.	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 o iscritto all'apposito albo professionale una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.
Regola	Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).	Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
Massimale	700,00 euro per evento gravidanza	700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni		
Diretta	100%	100%
Rimborso	100%	100%
Ticket	100%	100%
	B.5.3 Supporto psicologico post parto	B.5.3 Supporto psicologico post parto , e in caso di aborto
Regola	Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche	Entro 18 mesi dal parto o dall'aborto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale		
Diretta	Illimitato	Illimitato
rimborso/S.S.N.	Illimitato	Illimitato
Condizioni		
Diretta	100%	100%
Rimborso	max. 36,00 euro per visita	max. 36,00 euro per visita
Ticket	100%	100%

C. FISIOTERAPIA

C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale		
Diretta	500,00 euro	500,00 euro
diretta domiciliare	500,00 euro	500,00 euro
rimborso/S.S.N.	250,00 euro	250,00 euro
Condizioni		
Diretta	Scoperto 30%	Scoperto 30%
diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
Rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
Ticket	100%	100%

C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia “A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale		
Diretta	500,00 euro	500,00 euro
diretta domiciliare	500,00 euro	500,00 euro
rimborso/S.S.N.	250,00 euro	250,00 euro
Condizioni		
Diretta	Scoperto 30%	Scoperto 30%
diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
Rimborso	Scoperto 30%	Scoperto 30%
Ticket	100%	100%

C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale		
Diretta	500,00 euro	500,00 euro
diretta domiciliare	500,00 euro	500,00 euro
rimborso/S.S.N.	250,00 euro	250,00 euro
Condizioni		
Diretta	Scoperto 30%	Scoperto 30%
diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso
Rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
Ticket	100%	100%

C.4 Infiltrazioni muscolo scheletriche

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale		
Diretta	Non prevista	500,00 euro
diretta domiciliare	Non prevista	500,00 euro
rimborso/S.S.N.	Non prevista	250,00 euro
Condizioni		
Diretta	Non prevista	Scoperto 30%
diretta domiciliare	Non prevista	Scoperto 30%
Rimborso	Non prevista	Scoperto 30%
Ticket	Non prevista	100%

D. ODONTOIATRIA

D.1 Cure dentarie

	Polizza 2026	Polizza 2027
	cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari	cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia ~~e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti~~), terapie canalari Si intendono ricompresi anche le seguenti cure: - protesi a seguito di ritrattamenti endodontici purché il trattamento endodontico sia stato effettuato dopo l'1.1.24 in vigenza contrattuale - rifacimento o sostituzione delle corone definitive su impianto a seguito di estrazione, purché effettuata dopo l'1.1.24 in vigenza contrattuale.
Massimale		
Diretta	2.500,00 euro	2.500,00 euro Sub massimali in caso di ritrattamenti: 400,00 euro in caso di ritrattamento su singolo elemento dentario; 700,00 in caso di ritrattamenti su 2 elementi dentari, 1.100,00 euro in caso di ritrattamenti su 3 o più elementi dentari. I limiti elencati si riferiscono alle seguenti cure: ritrattamento ed eventuale ricostruzione coronale con protesi
rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
Condizioni	Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero 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 è all'estero.	Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero 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 è all'estero.
Diretta	Scoperto 35%	Scoperto 35%
Rimborso	Scoperto 25%	Scoperto 25%

Ticket	100%	100%

D.2 Visita odontoiatrica e ~~igiene orale~~ ablazione tartaro

	Polizza 2026	**Polizza 2027**
	Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare	Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare
Massimale		
Diretta	illimitato	illimitato
rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
Condizioni		
Diretta	100%	100%
Rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
Ticket	100%	100%

D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro

	Polizza 2026	**Polizza 2027**
	Una volta l'anno.	Una volta l'anno.
Massimale	Illimitato	Illimitato
Condizioni		
Diretta	100%	100%
Rimborso	max. 45,00 euro anno/persona	max. 45,00 euro anno/persona
Ticket	100%	100%

D.4 Sigillatura denti figli minorenni

	Polizza 2026	**Polizza 2027**
Massimale	Illimitato	Illimitato
Condizioni		
Diretta	100%	100%
Rimborso	max.40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona	max.40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
Ticket	100%	100%

D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)

	Polizza 2026	Polizza 2027
	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 indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.	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 singolo alveolo dentario e 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 a seguito dell'estrazione indennizzata a far data dall'1.1.24 in vigenza contrattuale, o in caso di interventi di rigenerativa tardiva. Per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.
Massimale	2.500,00 euro	2.500,00 euro
Condizioni		
Diretta	Scoperto 35%	Scoperto 35%
Rimborso	non previsto	non previsto
Ticket	100%	100%

E. PREVENZIONE

	Polizza 2026	Polizza 2027
Regola	La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026.	La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2024 – 2026: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2026 potrà fruirne solo nel 2028; chi avesse eseguito gli esami nel 2025 potrà fruirne nel 2027.
Regola	Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti previsti dalla presente sezione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.	Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero

E.1 PREVENZIONE BASE

	Polizza 2026	Polizza 2027
	E.1.1 Prevenzione base	E.1.1 Prevenzione base
Regola	esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES] delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base come da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare	esami del sangue [emoglobina glicosilata, protidogramma, alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES] delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base come da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare
Massimale		
Diretta	Illimitato	Illimitato
Rimborso	80,00 euro a pacchetto	80,00 euro a pacchetto
Condizioni		

Diretta	Scoperto 20%	Scoperto 20%
Rimborso	Scoperto 20%	Scoperto 20%
	E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee	E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee
Regola	visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare	visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4, ecografia della tiroide e delle paratiroidi; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Massimale		
Diretta	Illimitato	Illimitato
Rimborso	50,00 euro a pacchetto	50,00 euro a pacchetto
Condizioni		
Diretta	Scoperto 20%	Scoperto 20%
Rimborso	Scoperto 20%	Scoperto 20%
	E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale	E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale
	visita fisiatrica o osteopatica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare	visita fisiatrica o ortopedica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
	Illimitato	Illimitato
	50,00 euro a pacchetto	50,00 euro a pacchetto
	Scoperto 20%	Scoperto 20%
	Scoperto 20%	Scoperto 20%
	E.1.4 Sindrome metabolica	E.1.4 Sindrome metabolica
Regola	una volta l'anno/ogni 6 mesi, prestazioni da elenco	una volta l'anno/ogni 6 mesi, prestazioni da elenco
	L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata.	L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata.
Massimale		
Diretta	illimitato	illimitato
Rimborso	25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)	25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
Condizioni		
Diretta	Scoperto 20%	Scoperto 20%
Rimborso	Scoperto 20%	Scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

	Polizza 2026	Polizza 2027
	E.2.1 Pacchetto Donna	E.2.1 Pacchetto Donna
Regola	Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B) Donne – tra 40 e 49 anni Visita senologica Mammografia Donne – oltre i 50 anni Mammografia Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026).	Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B) Donne – tra 40 e 49 anni Visita senologica Mammografia Donne – oltre i 50 anni Mammografia Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2026 potrà richiederlo nel 2028)~~, con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026).~~
Massimale		
Diretta	Illimitato	Illimitato
Rimborso	80,00 euro a pacchetto	80,00 euro a pacchetto
Condizioni		
Diretta	Scoperto 20%	Scoperto 20%
Rimborso	Scoperto 20%	Scoperto 20%
	E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)	E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 24 e 39 anni)
Regola	1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025)	1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2026 potrà effettuarla nel 20285)
Massimale		
Diretta	illimitato	illimitato
Rimborso	36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel	36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel

	Pacchetto Donna	Pacchetto Donna
Condizioni		
Diretta	Scoperto 20%	Scoperto 20%
Rimborso	Scoperto 20%	Scoperto 20%

E.3 PREVENZIONE UOMO

	Polizza 2026	**Polizza 2027**
	E.3.1 Pacchetto Uomo	E.3.1 Pacchetto Uomo
Regola	Uomo – oltre i 21 anni visita cardiologica ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) Uomo – oltre i 50 anni PSA Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo Uomo – senza limite di età visita urologica ecografia prostatica (Ecografia transrettale) Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025).	Uomo – oltre i 21 anni visita cardiologica ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) Uomo – oltre i 50 anni PSA Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo Uomo – senza limite di età visita urologica ecografia prostatica (Ecografia transrettale) Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2026 potrà richiederlo nel 2028).
Massimale		
Diretta	Illimitato	Illimitato
Rimborso	80,00 euro a pacchetto	80,00 euro a pacchetto
Condizioni		
Diretta	Scoperto 20%	Scoperto 20%
Rimborso	Scoperto 20%	Scoperto 20%
	E.2.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)	E.2.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)
Regola	1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2023 potrà eseguirlo nel 2025): PSA FREE: 2 PRO SPA	1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2026 potrà eseguirlo nel 2028): PSA FREE: 2 PRO SPA
Massimale		
Diretta	illimitato	illimitato

Rimborso	50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo	50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni		
Diretta	Scoperto 20%	Scoperto 20%
Rimborso	Scoperto 20%	Scoperto 20%

E.4. Percorsi di prevenzione

	Polizza 2026	**Polizza 2027**
Condizioni		
Diretta	Non previsto	1 percorso a scelta per il Nucleo fra: teleconsulto medico di base, benessere generale, psicoterapia, nutrizione, fisioterapia.

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio)

	Polizza 2026	Polizza 2027
	A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL	A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL
Regola	plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021- 2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)	plafond una tantum (cioè una sola volta nel biennio 2027-2028), ~~in Assistenza diretta (da elenco)/~~rimborso (da elenco)
tra 24% e 33%	7.000,00 euro	7.000,00 euro
>33% e fino 66%	10.000,00 euro	10.000,00 euro
>66% e fino 100%	15.000,00 euro	15.000,00 euro
	B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%	B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%
Regola	plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021- 2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)	plafond una tantum (cioè una sola volta nel biennio 2027-2028), ~~in Assistenza diretta (da elenco)/~~rimborso (da elenco)
tra 80% e 90%	8.000,00 euro	8.000,00 euro
tra 91% e 100%	10.000,00 euro	10.000,00 euro

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital

	Polizza 2026	Polizza 2027
Regola	da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno.	da elenco. Sono ricompresi anche gli accertamenti diagnostici che si tramutano in intervento chirurgico ambulatoriale. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno.
Massimale		
Diretta	1.500,00 euro per evento	1.500,00 euro per evento
Rimborso	1.500,00 euro per evento	1.500,00 euro per evento
Condizioni		
Diretta	Scoperto 35%	Scoperto 35%
Rimborso	Scoperto 35%	Scoperto 35%
Ticket	100%	100%

G.2 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale		
Diretta	700,00 euro	1.000,00 euro
Rimborso	500,00 euro	700,00 euro

G.3 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)

	Polizza 2026	Polizza 2027
Regola	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 euro per anno/neonato.	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 euro per anno/neonato.

G.4 Visite psicologiche/psichiatriche

	Polizza 2026	Polizza 2027
Regola	Ammessa solo per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)\a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica	Ammessa solo per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)\a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica
Massimale	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia
Diretta	350,00 euro	350,00 euro
Rimborso	250,00 euro	250,00 euro
Condizioni		
Diretta	100%	100%
Rimborso	max. 36,00 euro per visita	max. 36,00 euro per visita
Ticket	100%	100%

G.5 Logopedia figli minorenni

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale	100,00 euro	100,00 euro
Diretta	100%	100%
Rimborso	max. 20,00 euro a seduta	max. 20,00 euro a seduta
Ticket	100%	100%

G.6 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia o bulimia)

	Polizza 2026	Polizza 2027
	G.6.1 Bambini (0-11 non compiuti) - Visite ed accertamenti diagnostici	G.6.1 Bambini (0-11 non compiuti) - Visite ed accertamenti diagnostici
Massimale	10.000,00 euro anno/figli	10.000,00 euro anno/figli
Diretta	100%	100%
Rimborso	max. 36,00 euro per visita e per fattura	max. 36,00 euro per visita e per fattura
Ticket	100%	100%
	G.6.2 Bambini (0-11 non compiuti) - Esami di laboratorio	G.6.2 Bambini (0-11 non compiuti) - Esami di laboratorio
Massimale	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura
Diretta	100%	100%
Rimborso	max. 36,00 euro a fattura	max. 36,00 euro a fattura
Ticket	100%	100%
	G.6.3 Adolescenti (11-18 non compiuti) - Visite ed accertamenti diagnostic	G.6.3 Adolescenti (11-18 non compiuti) - Visite ed accertamenti diagnostic
Regola	max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno	max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno
Massimale	10.000,00 euro anno/figli	10.000,00 euro anno/figli
Diretta	100%	100%
Rimborso	max. 36,00 euro per visita e per fattura	max. 36,00 euro per visita e per fattura
Ticket	100%	100%
	G.6.4 Adolescenti (11-18 non compiuti) Esami di laboratorio	G.6.4 Adolescenti (11-18 non compiuti) Esami di laboratorio
Massimale	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura
Diretta	100%	100%
Rimborso	max. 36,00 euro a fattura	max. 36,00 euro a fattura
Ticket	100%	100%

G.7 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici

	Polizza 2026	Polizza 2027
Massimale	550,00 euro	
Rimborso	max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio	max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio

G.8 Cure termali

	Polizza 2026	Polizza 2027
	Cure inalatorie	Cure inalatorie
Regola	(inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)	(inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)
Massimale	Illimitato	Illimitato
Diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
Rimborso	max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno	max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
Ticket	100%	100%
	Cure otorinolaringoiatriche	Cure otorinolaringoiatriche
Regola	(Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico)	(Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico)
Massimale	illimitato	illimitato
Diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
Rimborso	max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno	max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
Ticket	100%	100%

H. PRESTAZIONI SOCIALI (solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria

H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo

	Polizza 2026	Polizza 2027
Regola	Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro 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%.	Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro 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%.

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

	Polizza 2026	Polizza 2027
Regola	Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.	Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.