

Guida al Piano sanitario

Titolari delle imprese
e nucleo familiare
iscritti al Fondo F.AS.S.

Edizione agosto 2019

QUANDO
C'È **UNISALUTE**
C'È **TUTTO**

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse da ricovero vai su:**

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

**Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il**

Numero Verde

800-822409

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

Scarica gratis l'app UniSalute da App Store e Play Store.

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" si informa che:

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna

fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Guida al Piano sanitario Titolari delle imprese e nucleo familiare iscritti al Fondo F.A.S.S.

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la convenzione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.



1. SOMMARIO

2. BENVENUTO..... 6

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO..... 6

- 3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute 6
- 3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute 7
- 3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale 9

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE 9

- 4.1. Il sito di UniSalute 9
- 4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti? 10
- 4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 10
- 4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 11
- 4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 11
- 4.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 12
- 4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate? 12
- 4.1.7. Come posso ottenere pareri medici? 12
- 4.2. L'app di UniSalute 13
- 4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute? 13
- 4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 14
- 4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 14
- 4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 15

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA15

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....16

- 6.1. Ricovero in istituto di cura 16
- 6.1.1. Trasporto sanitario 18
- 6.1.2. Trapianti 18
- 6.1.3. Rimpatrio della salma 18
- 6.1.4. Modalità' di erogazione delle prestazioni 19
- 6.1.5. Indennità sostitutiva 19
- 6.1.6. Limite di spesa 20
- 6.2. Pacchetto maternità 20
- 6.3. Remise en forme post parto 21
- 6.4. Prestazioni di alta specializzazione 22
- 6.5. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici 24
- 6.6. Odontoiatria / ortodonzia 25
- 6.6.1. Prestazioni Odontoiatriche Particolari 25
- 6.6.2. Odontoiatria/ortodonzia 26
- 6.7. Prestazioni di implantologia 27
- 6.8. Avulsione fino ad un massimo di 4 denti 30
- 6.9. Cure dentarie da infortunio 31
- 6.10. Diagnosi comparativa 32
- 6.11. Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero 34
- 6.12. Sindrome Metabolica 35
- 6.13. Prevenzione Obesità Infantile 37

6.14.	Prestazioni Diagnostiche Particolari	38
6.15.	Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute	39
6.16.	Servizi di consulenza e assistenza	39
7.	CONTRIBUTI	43
8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	44
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	45
9.1.	Inclusioni/esclusioni	45
9.2.	Validità territoriale	46
9.3.	Limiti di età	47
9.4.	Gestione dei documenti di spesa	47
9.5.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	47
10.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	48

2. BENVENUTO

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per l'utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti da UniSalute

Su **www.unisalute.it**, hai a disposizione un'area riservata con **pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su **www.unisalute.it** nell'Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.



Prenotazione veloce

Prenota online o su app e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata da UniSalute**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato con UniSalute. Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invii i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- in caso di **prestazioni extra ricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- in caso di **odontoiatria/ortodonzia**, scheda anamnestica redatta dal medico curante (dentista);
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

UniSalute potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. È facile e veloce!



Valutazione rimborso in 20 giorni

Chiedi online il rimborso ticket e indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi la valutazione della tua richiesta entro 20 giorni!**

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria.

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

4.1. Il sito di UniSalute

Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;

- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione "Registrati" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.

Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Accedi all'area clienti e accedi **alla funzione "Prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.



Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area "Aggiorna dati"**. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto rimborso.

4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione **"Rimborsi"** e seleziona la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invii i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!**

Se non puoi accedere a Internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la

documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

4.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Estratto conto"**.

L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi all'area "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.1.7. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

4.2. L'app di UniSalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute Up" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito www.unisalute.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

UniSalute PER TE

Accedi alla sezione PER TE per leggere news e articoli del Blog InSalute: sarai sempre aggiornato sui temi che riguardano la salute e il benessere!

4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso l'app puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Una volta entrato nell'app compila in modo rapido l'apposito form su **"Prenotazioni"** e visualizza tutti i dettagli relativi alla prenotazione.

Puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente a UniSalute

In tutti i casi UniSalute verifica in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate. Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.

Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.

Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

Integra la documentazione mancante

Nella sezione **"concludi"** puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa. Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano è prestato a favore dei Titolari delle imprese iscritti al Fondo F.A.S.S. in data 30/09/2019 che abbiano accettato entro la data di effetto l'attivazione della presente copertura.

Il piano in essere è però attivabile solo per le aziende che abbiano inserito in copertura anche dipendenti.

Qualora un Titolare decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del Titolare, al coniuge o al convivente “more uxorio” e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura;
- pacchetto maternità;
- remise en forme post parto;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- odontoiatria/ortodonzia;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- implantologia;
- cure dentarie da infortunio;
- diagnosi comparativa;
- interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero;
- sindrome metabolica (copertura operante per il solo titolare);
- prevenzione obesità infantile;
- prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il solo titolare);
- prestazioni a tariffe agevolate Unisalute;
- servizi di consulenza e consulenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura

È sempre escluso il ricovero per parto/aborto.

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **100 giorni precedenti l'inizio del ricovero**, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dalla Società con il massimo di **€ 2.500,00** per ricovero.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel **limite di € 200,00 al giorno**.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la copertura è prestata nel **limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **100 giorni successivi alla cessazione del ricovero**, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

6.1.1. Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura a un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 2.000,00 per ricovero**.

6.1.2. Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la copertura assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

6.1.3. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa

le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite annuo di € 1.500,00e per nucleo familiare.**

6.1.4. Modalità' di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con **l'applicazione di una quota a carico dell'Iscritto di € 1.500,00 fino a un limite di spesa massima di € 8.000,00 per ricovero** ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in istituto di cura":

lett. a) "Pre ricovero";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 23.2 "Trasporto sanitario";

punto 23.4 "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Iscritto nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la copertura prevista al punto "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Iscritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva. Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati".

6.1.5. Indennità sostitutiva

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad

esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00 a partire dal 3° giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.**

6.1.6. Limite di spesa

Il limite di spesa previsto per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 50.000,00 per nucleo familiare.

Nel caso di “grande intervento chirurgico”, intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco specifico, **il massimale suindicato si intende raddoppiato.**

6.2. Pacchetto maternità

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

In gravidanza

- Ecografie di controllo, da fruirsene nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.
- Amniocentesi, nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento. La copertura potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con la Società.

**La copertura è prestata nel limite di spesa annuo
di € 1.000,00 per persona.**

6.3. Remise en forme post parto

In caso di parto, sia naturale che cesareo, avvenuto durante l'operatività del presente Piano, sono comprese in copertura le **spese relative ad un pacchetto di 3 giorni di remise en forme che l'Iscritta potrà effettuare entro 180 giorni dall'evento del parto**, e in un'unica soluzione, presso uno dei Centri Termali UniSalute convenzionati appositamente per questa copertura.

Sono comprese in copertura le spese* per:

1^ giorno: accoglienza; visita medica (si precisa che la visita medica è da intendersi obbligatoria così come l'esito positivo all'idoneità alle prestazioni del presente pacchetto), seduta in acqua;

2^ giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo; attività motoria in palestra o all'esterno o percorso vascolare e trattamento corpo;

3^ giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo, trattamento corpo.

*i pacchetti possono subire variazioni per esigenze organizzative e per le peculiarità dei singoli Centri Termali.

Ai fini dell'attivazione della presente copertura è necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al numero verde **800-822409**.

Relativamente ad eventuali spese di soggiorno alberghiero presso la struttura convenzionata che lo preveda e nella quale si effettua il pacchetto di remise en forme, UniSalute può mettere a disposizione un voucher per usufruire dell'applicazione di tariffe riservate agli

Iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al listino normalmente previsto dalla struttura alberghiera termale.

La presente copertura si intende operante previo l'invio da parte dell'Iscritta della seguente documentazione nella quale dovrà risultare la data del parto:

- copia della lettera di dimissione ospedaliera in caso di Parto Naturale o Cesareo;
- copia della certificazione ostetrica in caso di parto a domicilio

6.4. Prestazioni di alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extra ospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia

- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Doppler
- E.C.G. a riposo e sotto sforzo, anche secondo Holter
- Ecocardiografia
- Ecografie
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione di una quota a carico dell'Iscritto di € 70,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 120,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa integralmente i ticket sanitari** a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 per nucleo familiare.

6.5. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione di una quota a carico dell'Iscritto di € 50,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 75,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa integralmente i ticket sanitari** a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00 per nucleo familiare.

6.6. Odontoiatria / ortodonzia

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni di cui ai successivi sottopunti corrisponde a € 100,00 per persona.

6.6.1. Prestazioni Odontoiatriche Particolari

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, la Società provvede al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l’anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, in strutture sanitarie non convenzionate e nel Servizio Sanitario Nazionale. Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto”, sotto indicate, sono nate per monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

Restano invece a carico dell'Iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.**

6.6.2. Odontoiatria/ortodonzia

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate

all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura**. Gli eventuali importi di spesa eccedenti il limite annuo previsto dovranno essere versati dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

6.7. Prestazioni di implantologia

✓ **LIMITE DI SPESA PREVISTO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E PERSONALE CONVENZIONATO O DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Viene previsto un limite di spesa annuo di € 2.500,00 per prestazioni di implantologia dentale per persona.

È sempre richiesta la compilazione della scheda anamnestica riportata nel modulo di denuncia sinistro.

6.7.1. Applicazione di quattro o più impianti

La copertura opera nel caso di applicazione di quattro o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 4 o più impianti.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto pari al 35%.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

6.7.2. Applicazione di tre impianti

Viene previsto un sotto-limite annuo di € 1.800,00 nel caso di applicazione di tre impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 3 o più impianti.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto pari al 35%.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

Qualora, nel corso della medesima annualità, dopo aver attivato la copertura prevista al punto “Applicazione di due impianti”, si rendesse necessario l’innesto di un terzo impianto, quest’ultimo verrà liquidato nell’ambito del sotto-limite di € 1.800,00 previsto in questa copertura, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

6.7.3. Applicazione di due impianti

Viene previsto un sotto-limite annuo di € 800,00 nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.
--

Rientrano in copertura il posizionamento dell’impianto, l’eventuale avulsione, l’elemento definitivo, l’elemento provvisorio relativi ai 2 impianti.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l’applicazione di uno scoperto pari al 35%.**

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l’importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall’Iscritto alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l’Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

Qualora, nel corso della medesima annualità, dopo aver attivato la copertura prevista al punto “Applicazione di un impianto”, si rendesse necessario l’innesto di un secondo impianto, quest’ultimo

verrà liquidato nell'ambito del sotto-limite di € 800,00 previsto in questa copertura, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

6.7.4. Applicazione di un impianto

Viene previsto un sotto-limite annuo di € 400,00 nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.
--

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi all'impianto.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione di uno scoperto pari al 35%.**

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

6.8. Avulsione fino ad un massimo di 4 denti

Le avulsioni si intendono coperte solamente se collegate all'applicazione, nel medesimo anno di competenza dell'estrazione, di una o più protesi fisse (impianti) o mobili.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate

all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione di uno scoperto pari al 35%**.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini fotografiche o/o radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

La copertura opera nel caso di avulsione fino ad un massimo di 4 denti l'anno, se effettuata/e in strutture private convenzionate con la Società o del servizio sanitario nazionale.

È sempre richiesta la compilazione della scheda anamnestica riportata nel modulo di denuncia sinistro.

6.9.Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, la Società liquida all'Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.**

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione sempre di un minimo non indennizzabile pari a di € 250,00 e successivamente di uno scoperto del 50% per ogni fattura/persona.**

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.**

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00 per persona.

6.10. Diagnosi comparativa

La Società dà la possibilità all'Iscritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto. Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-822409**, l'Iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Iscritto i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.

2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Iscritto.
3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Iscritto laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto

- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

6.11. Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore)

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione sempre di un minimo non indennizzabile pari a di € 250,00 e successivamente di uno scoperto del 50% per ogni fattura/persona**.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto**.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.

6.12. Sindrome Metabolica

COPERTURA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE

Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà **compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it** e confermare il suo invio alla Società. La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Iscritto l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

La Società fornirà all'Iscritto, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico

personalizzato. La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Iscritto verrà contattato dalla Società (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da **effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'Iscritto ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza della copertura, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari **potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.** Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle coperte dal presente Piano, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle previste dalla presente copertura, all'Iscritto verrà fornito un **servizio di “fax-assistito”** che gli consentirà di accedere alle strutture

convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

6.13. Prevenzione Obesità Infantile

La copertura è prestata a favore dei figli del titolare, **di età compresa tra i 4 e 18 anni**, già in copertura oppure inseriti in copertura per la sola copertura “PREVENZIONE OBESITÀ INFANTILE”, mediante procedura di adesione online disponibile sul sito www.unisalute.it, con contestuale richiesta di attivazione della copertura stessa.

Per attivare la copertura l’Iscritto dovrà **compilare un questionario dati** volto ad individuare eventuali **stati di rischio di obesità nei figli da 4 a 18 anni**, raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e confermare il suo invio alla Società.

La Società provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà al genitore Iscritto tramite email, l’esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica, sull’area riservata del sito internet accessibile tramite username e password.

Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, rivolti all’Iscritto per i propri figli, anche in collaborazione con un medico UniSalute.

Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che il figlio si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, la Società provvederà all’organizzazione e al pagamento di **una visita specialistica dal pediatra/dietologo da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà a contattare il genitore Iscritto via

email una volta al mese per un periodo di tre mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza della copertura, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

6.14. Prestazioni Diagnostiche Particolari

COPERTURA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazione previste per gli uomini

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA

Prestazione previste per le donne

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- pap-test

6.15. Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del limite di spesa o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.16. Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822409** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 051-6389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- medicinali: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate** con la Società.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-822409.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Iscritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa **accertata la necessità della prestazione**, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via

sostitutiva, il trasferimento dell'Iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel **limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.**

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Iscritto in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Iscritto e i medici della Centrale Operativa, **previa analisi del quadro clinico dell'Iscritto e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento**, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Iscritto al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Iscritto.

ALL'ESTERO

In collaborazione con Pronto Assistance Servizi S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051-6389046.

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, **l'Iscritto necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni**, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà **le spese di soggiorno nel limite di Euro 100 per sinistro**.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio **l'Iscritto abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia)**, la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, **compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali**, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Iscritto il costo di acquisto dei medicinali.

i) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, **le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto**, rendano necessario il trasporto dell'Iscritto in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, **con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Iscritto tra quelli sotto elencati:**

- aereo sanitario;

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Iscritto di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Iscritto, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

7. CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) Titolari delle imprese	A carico dell'azienda al netto del contributo annuo previsto per il dipendente
b) coniuge o convivente "more uxorio"	€ 340,00
c) ogni figlio	€ 320,00

L'attivazione delle opzioni b) e c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o convivente "more uxorio" o figli, risultanti dallo stato di famiglia.

Le opzioni b) e c) saranno attivate solo nel caso in cui aderisca un numero di nuclei familiari pari al 35% dei titolari assicurati.

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del Piano.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano);
5. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
7. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
10. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
11. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

13. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
14. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
15. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.
16. tutte le prestazioni non espressamente indicate nelle condizioni di assicurazione.

Limitatamente alle prestazioni odontoiatriche/ortodontiche il Piano non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Inclusioni/esclusioni

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i Titolari delle imprese, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui al punto “Persone per cui è operante la copertura”, le movimentazioni all’interno del presente Piano sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Nuove inclusioni nel Piano

Nel caso di nuove inclusioni, la copertura per il Titolare come indicato al punto “Persone per cui è operante la copertura” decorre dall’ultimo giorno del mese di comunicazione alla Società. La comunicazione deve essere effettuata entro il giorno 20 del mese di

inclusione; nel caso in cui la comunicazione avvenga dopo il giorno 20, la decorrenza della copertura slitterà al mese successivo.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i Titolari delle imprese in copertura alla data di effetto del Piano, l'inclusione di familiari come definiti al punto "Persone per cui è operante la copertura", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della copertura è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo.

La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 20 giorni e sia stato pagato il relativo contributo; nel caso in cui la comunicazione avvenga dopo il giorno 20 la decorrenza della copertura slitterà al mese successivo, sempreché sia stato pagato il relativo contributo.

3) Esclusioni dalla copertura

L'esclusione di Iscritti dalla copertura, nel rispetto di quanto indicato nel regolamento di Fondo F.A.S., deve essere disponibile e rilevabile dall'invio periodico degli Iscritti entro il giorno 20 del mese precedente a quelle di esclusione dalla copertura. La persona verrà fatta uscire dalla copertura l'ultimo giorno di calendario del mese di comunicazione alle ore 24.

9.2. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina. Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero. Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la

documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

9.3. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **70°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **71°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **70°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

9.4. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da UniSalute effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Iscritto.

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

9.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Iscritto.

10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossicolare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica

- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con/senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in

copertura solo in caso di neonati Iscritti dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

