

Guida al Piano sanitario

Cassa di Assistenza del Gruppo Banco
Popolare per gli Associati alla Cassa
PIANO PLUS

Edizione gennaio 2023

**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

800-009952

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.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

2. BENVENUTO.....	5
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	5
3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
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?	12
4.1.7.Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.1.8.Come posso ottenere pareri medici?	13
4.2. L'app di UniSalute	13
4.2.1.Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	14
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?	15
4.2.4.Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	15
5. PERSONE ASSICURATE.....	16
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	17
6.1. Ricovero in istituto di cura	18
6.2. Trasporto	20
6.3. Day-hospital	20
6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale	21
6.5. Trapianti	21
6.6. Parto e aborto terapeutico e spontaneo	21
6.6.1.Parto cesareo	21
6.6.2.Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo	22
6.7. Rimpatrio della salma	22
6.8. Interventi specifici	22
6.9. Interventi correttivi della miopia (laser)	23
6.10.Interventi chirurgici odontoiatrici	23
6.11.Modalità di erogazione delle prestazioni	24
6.12.Indennità sostitutiva	27
6.13.Ricovero improprio	28
6.14.Anticipazione dei rimborsi	28
6.15.Reintegro massimale	29
6.16.Massimale annuo dell'area ricovero	29
6.17.Prestazioni extraospedaliere	29
6.17.1Alta specializzazione	30
6.17.2Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	32
6.17.3Medicinali anche omeopatici	33
6.17.4Agopuntura	34
6.17.5Amniocentesi e villocentesi	34
6.17.6Trattamenti fisioterapici riabilitativi	35

6.17.7Cure dentarie da infortunio	36
6.18 Cure oncologiche	37
6.19 Lenti e occhiali	38
6.20 Protesi ortopediche, acustiche e oculari, compresi ausili medici ortopedici	39
6.21 Ticket per pronto soccorso	39
6.22 Psicomotricità	39
6.23 Cure dentarie/ticket odontoiatrici	40
6.24 Stati di non autosufficienza temporanea per Assicurati con età minima 18 anni	41
6.24.1Oggetto della garanzia	41
6.24.2Condizioni di assicurabilità	41
6.24.3Somma assicurata	42
6.24.4Definizione dello stato di non autosufficienza	42
6.24.5Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte della società	43
6.24.6Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza	45
6.24.6.1Erogazione diretta della prestazione di assistenza	46
6.24.6.2Richiesta di rimborso spese	46
6.24.7Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	48
6.25 Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute	48
6.26 Diagnosi comparativa	48
6.27 Servizi di consulenza e assistenza	50
7. CONTRIBUTI	51
8. ESCLUSIONE DALL'ASSICURAZIONE	51
9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	55
9.1. Inclusioni/esclusioni	55
9.2. Decorrenza e durata dell'assicurazione	56
9.3. Validità territoriale	56
9.4. Gestione dei documenti di spesa	57
9.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	57
9.6. Foro competente	57
9.7. Reclami	58
ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	60
ALLEGATO 2 ELENCO DELLE STRUTTURE CONVENZIONATE IN CUI VIENE APPLICATO LO SCOPERTO DEL 30%, COME INDICATO AL PUNTO "MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI"	63

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 eventuali franchigie a carico dell’Assicurato previste alle singole coperture, che verranno pagate dall’Assicurato medesimo direttamente alla struttura convenzionata) 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: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 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:

Per qualsiasi richiesta di rimborso:

- In caso di richiesta rimborso cartacea, il modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- la copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso;
- in caso di evento a seguito di Infortunio il referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

In caso di ricovero (*)

- copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale, delle indagini diagnostiche e dei relativi referti;
- in caso di parto/aborto, copia della lettera di dimissioni, conforme all'originale;

- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia completa della documentazione clinica completa, conforme all'originale, delle indagini diagnostiche e dei relativi referti;
- (*) Tutta la documentazione sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

In caso di prestazioni extraricovero:

- copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- eventuale ulteriore documentazione richiesta alle specifiche garanzie.

in caso di prestazioni odontoiatriche:

- documentazione indicata alle specifiche garanzie;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento; nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate ed il relativo costo. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso;
- "scheda anamnestica" redatta dal medico curante sulla base del modello allegato al presente contratto (e/o contenuto nella "Guida alla Piano sanitario").

In caso di stato di non autosufficienza temporanea

- documentazione indicata alla specifica garanzia.

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

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate al precedente punto “Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute”.

Si specifica che per il rimborso dei ticket è necessario che sugli stessi siano riportate esattamente le prestazioni effettuate e per le quali viene richiesto il rimborso.

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!



Richiesta rimborso online

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

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

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 clicca sul pulsante "Area riservata" in alto a destra, poi su "Registrati adesso" 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 pulsante "Area riservata" in alto a destra nell'home page, poi su "Hai bisogno di aiuto?" 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 clicca su **“Fai una nuova 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 nella sezione **“Appuntamenti”**.



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 alla sezione “Profilo”**. 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 e clicca su **“Richiedi un nuovo rimborso”**



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invia 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 - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

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 allasezione "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?

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

Trovi i documenti relativi al tuo Piano sanitario e l'eventuale modulistica, incluso il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero.

4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

Accedi all'Area clienti e accedi alla sezione "Strutture".

Puoi visualizzare le strutture sanitarie convenzionate per il tuo specifico Piano sanitario.

4.1.8. 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**, l'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. PERSONE ASSICURATE

L’assicurazione è prestata a favore:

- del Personale in servizio presso il Gruppo Banco BPM, iscritto alla cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare, e s’intende valida durante il permanere del rapporto di lavoro e sino alla prima scadenza annuale dell’assicurazione anche se posteriore alla cessazione del rapporto stesso.
- del Personale beneficiario del fondo di solidarietà del Banco BPM, iscritto alla Cassa Assistenza del Gruppo, e s’intende valida durante il permanere di tale rapporto e fino alla prima scadenza annuale dell’assicurazione anche se posteriore alla cessazione del rapporto stesso.

La copertura è estesa al coniuge fiscalmente a carico ed ai figli fiscalmente a carico (anche del coniuge) fino al limite di età previsto dal Decreto Legislativo n. 125 (attualmente 35 anni), anche non conviventi. La copertura è inoltre prestata a favore dei coniugi e dei figli superstiti già fiscalmente a carico del dipendente defunto in servizio.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente:

- al coniuge non fiscalmente a carico o al convivente “more uxorio” (quest’ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);
- ai figli fiscalmente a carico non rientranti nei privilegi di cui ai riferimenti di legge suindicati, nonché ai figli non fiscalmente a carico purché conviventi e risultanti dallo stato di famiglia;
- agli altri familiari purché conviventi risultanti dallo stato di famiglia;

- ai componenti del “nucleo allargato”, intendendosi per tali i figli degli Iscritti che abbiano lasciato il nucleo originario per formare una nuova famiglia, compresi il nuovo coniuge ed eventuali figli.

Qualora, in caso di assegnazione a nuova sede di lavoro, il dipendente si trasferisca nella nuova sede senza l'intero nucleo familiare, la garanzia resterà comunque operante per le persone assicurate non trasferitesi. Il coniuge, anche legalmente ed effettivamente separato, è sempre assicurabile, pur se con domicilio e/o residenza diversi dal dipendente assicurato; la copertura verrà meno nel caso in cui subentri situazione di cessazione degli effetti civili del matrimonio.

La garanzia assicurativa è valida per tutti gli Assicurati indipendentemente dalle condizioni fisiche degli stessi e senza compilazione del questionario anamnestico.

Qualora un dipendente 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.

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 reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- interventi chirurgici odontoiatrici;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- medicinali;
- agopuntura;
- amniocentesi e villocentesi;

- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- cure dentarie a seguito di infortunio;
- cure oncologiche;
- lenti e occhiali;
- protesi ortopediche, acustiche e oculari, compresi ausili ortopedici;
- ticket per pronto soccorso;
- psicomotricità;
- cure dentarie/ticket odontoiatrici;
- stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- diagnosi comparativa;
- servizi di consulenza e assistenza.

AREA RICOVERO

6.1. Ricovero in istituto di cura

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Assicurato venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 120 giorni (elevati a 180 in caso di trapianto)** precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. **La presente garanzia 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.

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 garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso **di ricovero in istituto di cura non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di € 360,00 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 garanzia è prestata nel **limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per ricovero.**

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 100 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 120 giorni (elevati a 180 in caso di trapianto)** 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 garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

h) Test sierologici e/o tamponi molecolari

La Società, nell'ambito del precedente articolo a) "Pre-ricovero", prevede altresì la copertura delle spese relative all'esecuzione da parte delle strutture sanitarie convenzionate dei test sierologici e/o dei tamponi molecolari richiesti nell'ambito del percorso preparatorio al ricovero sia in regime di assistenza diretta sia in regime indiretto (rimborsuale).

Alle predette prestazioni saranno applicati i medesimi massimali, le medesime franchigie/minimi e/o scoperti applicabili alla garanzia principale (ricovero).

6.2. Trasporto

La Società rimborsa il trasporto dell'Assicurato presso un istituto di cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con ambulanza se in Italia e in un raggio di 200 km, oppure con qualunque mezzo di trasporto se in Italia ma con un raggio superiore a 200 km o qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

La garanzia è presentata nel limite massimo di € 1.500,00 per ricovero.

6.3. Day-hospital

Nel caso di **day hospital con intervento chirurgico**, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" (con esclusione delle prestazioni di cui alle lettere e) "Accompagnatore" ed f) "Assistenza infermieristica privata individuale") e "Trasporto", con i relativi limiti in essi indicati.

Nel caso di **day hospital senza intervento chirurgico**, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero" c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) Rette di degenze", con i relativi limiti in esse indicati.

6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti “Ricovero in Istituto di cura” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, g) “Post-ricovero” e “Trasporto” con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Tale massimale non opera in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate.

Le spese di pre e post relative all'intervento ambulatoriale sono soggette a franchigia come previsto all'articolo “Modalità di erogazione delle prestazioni” lettere a) e b).

6.5. 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” 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 garanzia 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.

6.6. Parto e aborto terapeutico e spontaneo

6.6.1. Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti “Ricovero in Istituto di cura” lett. a) “Pre-ricovero”, b)

“Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e “Trasporto” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 7.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto”.

6.6.2. Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuati sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti “Ricovero in Istituto di cura” lett. a) Pre-ricovero, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Rette di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e “Trasporto” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto”.

6.7. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma senza alcun limite per anno assicurativo e per nucleo familiare.

6.8. Interventi specifici

Se indennizzabili a termini di polizza, per i seguenti interventi chirurgici effettuati **in regime di ricovero, di day hospital o in regime ambulatoriale**:

Prestazioni	Massimale
Colecistectomia	€ 6.300,00
Meniscectomia o legamenti crociati	€ 7.500,00
Rimozione mezzi di sintesi	€ 6.300,00
Intervento alla spalla	€ 6.300,00
Ernia inguinale	€ 4.500,00
Emorroidi	€ 4.500,00
Adenotonsillectomia	€ 4.500,00
Cataratta	€ 2.500,00

la Società provvede al rimborso delle spese per le prestazioni previste ai punti “Ricovero in Istituto di cura” e “Trasporto” nell’ambito del massimale indicato per ogni singolo intervento. Non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto”.

Qualora l’Assicurato si rivolga a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società e a medici con essa convenzionati, i massimali sopra indicati non si intendono operanti.

6.9. Interventi correttivi della miopia (laser)

In caso di Miopia, la Società rimborsa unicamente le spese per interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, **con il massimale di € 1.200,00 per occhio.**

6.10. Interventi chirurgici odontoiatrici

In deroga a quanto previsto all’art. “Esclusioni dall’assicurazione”, la Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle patologie elencate compresi gli interventi di implantologia dentale, , purché anch’essi conseguenti alle seguenti patologie:

- osteiti dell’osso mascellare o mandibolare;
- neoplasie dell’osso mascellare o mandibolare;
- cisti follicolari;

- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma.

Vengono inoltre riconosciute le spese dentarie rese necessarie da intervento chirurgico sul massiccio facciale nei bambini di età inferiore ai 10 anni.

Per l'attivazione della garanzia 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, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie dell'osso mascellare o mandibolare.

Le spese sostenute vengono liquidate nei limiti e secondo le modalità previste ai punti "Modalità di erogazione delle prestazioni" e "Massimale assicurato".

6.11. 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, **ad eccezione di uno scoperto del 15% (nel caso di utilizzo di una struttura presente nell'elenco di cui all'Allegato 2 lo scoperto viene elevato al 30%)** restante a carico dell'Assicurato, che deve essere versato da questi all'Istituto ad eccezione delle seguenti:

- punto "Ricovero in istituto di cura":
lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
- punto "Trasporto";
- punto "Rimpatrio della salma";

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

I limiti sopra indicati si applicano anche nel caso di:

- interventi chirurgici odontoiatrici, parto cesareo, aborto terapeutico, fermi i massimali previsti;
- interventi correttivi della miopia, fermo il massimale al punto indicato.

In caso di **ricovero/day hospital senza intervento chirurgico e in caso di parto naturale**, lo scoperto si intende **ridotto al 10% (nel caso di utilizzo di una struttura presente nell'elenco di cui all'allegato 2, lo scoperto viene elevato al 20%)**.

In caso di "Intervento chirurgico ambulatoriale" viene applicata una franchigia di € 250,00.

Pre ricovero e post ricovero

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre ricovero e post ricovero di un ricovero/day hospital seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato in convenzione diretta.

Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti e franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day hospital.

per gli interventi chirurgici ambulatoriali le spese pre e post verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti/franchigie nei limiti previsti.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con **uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 600,00 ad eccezione delle seguenti:**

- punto "Ricovero in Istituto di cura":
 - lett. d) "Retta di degenza";
 - lett. e) "Accompagnatore";

lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

- punto “Trasporto”;
- punto “Rimpatrio della salma”;

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

I limiti sopra indicati si applicano anche nel caso di:

- Interventi chirurgici odontoiatrici, parto cesareo, aborto terapeutico fermi i massimali ai punti indicati;
- Interventi correttivi della miopia, fermo il massimale al punto indicato;
- Interventi specifici, fermi i singoli plafond/massimali previsti per ogni specifico intervento al punto indicato.

In caso di ricovero/day hospital senza intervento chirurgico e in caso di parto naturale lo scoperto si intende ridotto al 20% con il minimo non indennizzabile di € 600,00.

In caso di “Intervento chirurgico ambulatoriale” viene applicata una franchigia di € 500,00.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate o le stesse risultassero distanti più di 50 Km. dal domicilio dell'Assicurato, previa autorizzazione rilasciata dalla Centrale Operativa, si applicheranno i limiti previsti al punto a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati”.

Pre ricovero e post ricovero

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day hospital seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato non in convenzione diretta.

Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti e franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day hospital.

Per gli interventi chirurgici ambulatoriali le spese pre e post verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti/franchigie nei limiti previsti.

Si precisa inoltre che:

- se il ricovero è effettuato in assistenza diretta, alle spese di pre ricovero e post ricovero presentate a rimborso per prestazioni eseguite in regime di convenzione indiretta / per prestazioni effettuate presso strutture non convenzionate e/o con medici non convenzionati si applicano lo scoperto e il minimo non indennizzabile previsti dal regime rimborsuale al netto della franchigia già calcolata per il ricovero in assistenza diretta.
- Le spese di pre ricovero e post ricovero effettuate in regime SSN sono rimborsate senza applicazione di scoperti/franchigie, indipendentemente dal regime utilizzato per il ricovero.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato 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'Assicurato, 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" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

6.12. Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per

il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa (comprese le prestazioni di pre ricovero e post ricovero) **avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ciascun giorno di ricovero sino ad un massimo di 200 giorni per persona e per anno assicurativo** (per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi).
Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'Assicurato potrà scegliere se avere il pagamento delle spese di pre ricovero e post ricovero effettuate in struttura privata/intramoenia o dell'indennità sostitutiva per l'intervento fatto in struttura pubblica.
In caso di scelta del pagamento delle spese di pre ricovero e post ricovero, si precisa che l'eventuale scoperto per tali spese seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta) come indicato all'art. "Modalità di erogazione delle prestazioni".

L'indennità sostitutiva non viene erogata in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/Astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

6.13. Ricovero improprio

Relativamente alle garanzie sopra descritte si precisa inoltre quanto segue: Le spese relative ad un ricovero improprio non potranno essere riconosciute nella garanzia ricovero, bensì nell'ambito delle singole garanzie extra-ospedaliere qualora previste e indennizzabili a termini di polizza.

6.14. Anticipazione dei rimborsi

Nei casi di ricovero per i quali l'istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde – su richiesta dell'Assicurato – l'importo versato a tale titolo entro il 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

Per l'attivazione della garanzia è necessario che il ricovero oggetto della richiesta di anticipo sia in copertura di polizza.

È richiesta la seguente documentazione:

- certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito;
- presunto ammontare delle spese sanitarie;
- descrizione della patologia che rende necessario il ricovero;
- data prevista per il ricovero.

6.15. Reintegro massimale

È consentito reintegrare una volta il massimale annuo con il pagamento di un premio aggiuntivo pari al costo annuo complessivo sostenuto dall'iscritto per tutti i beneficiari del suo nucleo.

Il nuovo massimale opera esclusivamente nel caso di sinistri accaduti successivamente al pagamento del premio relativo.

6.16. Massimale annuo dell'area ricovero

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 250.000,00 per nucleo familiare.

(Nel caso di "Grande intervento chirurgico", intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco specifico allegato, il massimale suindicato si intende raddoppiato).

AREA EXTRARICOVERO

6.17. Prestazioni extraospedaliere

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extra-ospedaliere di cui ai punti "Alta specializzazione, "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici", "Medicinali anche omeopatici", "Agopuntura", "Amniocentesi e villocentesi", "Trattamenti fisioterapici riabilitativi" e "Cure dentarie da infortunio".

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 8.500,00 per nucleo familiare.

6.17.1Alta specializzazione

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Ecografia
- Elettromiografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia

- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con MdC
- Rx tenue e colon con MdC
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia

Cure o terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia
- Dialisi

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

In caso di tickets sanitari, non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione **di una franchigia di € 45,00** per prestazione / ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

- **Nel caso in cui l'Assicurato 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 € 85,00 per invio/patologia**. Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio e di pertinenza del presente sub-articolo, debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.
- **Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società **rimborso** integralmente i **tickets sanitari a carico dell'Assicurato**.

6.17.2 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, visite omeopatiche e per accertamenti diagnostici (eseguiti anche presso farmacie) 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 garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia 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'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di **una franchigia di € 45,00 per prestazione** che dovrà essere versata dall'Assicurato alla

struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

- **Nel caso in cui l'Assicurato 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 € 85,00 per invio/patologia**. Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio e di pertinenza del presente sub-articolo, debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.
- **Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

6.17.3 Medicinali anche omeopatici

La Società provvede al rimborso delle spese per medicinali anche omeopatici prescritti a seguito di malattia o infortunio.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I medicinali omeopatici potranno essere prescritti esclusivamente da un medico omeopata. Non rientrano in copertura i vaccini.

Ai fini del rimborso è necessario l'invio della seguente documentazione:

- **copia delle prescrizioni mediche nominative;**
- **relativi scontrini fiscali dai quali risultino la denominazione, la quantità e il prezzo del medicinale e il codice fiscale dell'assicurato.**

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi e da banco.

Per i medicinali, rientranti in garanzia e presenti nel prontuario farmacologico, il rimborso delle spese è effettuato **con l'applicazione di una franchigia fissa di € 18,00 per ogni confezione.**

6.17.4 Agopuntura

La Società provvede al pagamento delle spese per l'agopuntura, a condizione che venga praticata da medico specialista.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente la diagnosi o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **Nel caso in cui l'Assicurato 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 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per fattura.**
- **Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.**

6.17.5 Amniocentesi e villocentesi

La Società provvede al pagamento delle spese per amniocentesi e villocentesi (prelievo dei villi coriali).

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il sospetto di malformazioni genetiche per ereditarietà, in caso di età superiore a 36 anni oppure per gravidanza a rischio.

La prescrizione deve essere fatta da medico specialista in ginecologia.

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

all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una **franchigia di € 45,00** per prestazione che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

- **Nel caso in cui l'Assicurato 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 € 85,00 per invio/patologia**. Tutti i documenti di spesa relativi al presente sub-articolo, debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.
- **Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

6.17.6 Trattamenti fisioterapici riabilitativi

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

I trattamenti fisioterapici e rieducativi comprendono: Ozonoterapia, Fisioterapia, Kinesiterapia, Chiropratica, Ionoforesi, Ultrasuoni, Radar, Massoterapia, Laserterapia, prestazioni finalizzate al recupero

della salute sia a fini riabilitativi che per terapia antalgica, non effettuati in centri estetici o di fitness.

Per l'attivazione della garanzia 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'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **10%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per prestazione/ciclo di terapia che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.
- **Nel caso in cui l'Assicurato 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 **40%** con il minimo non indennizzabile di **€ 150,00** per prestazione/ciclo di terapia.
- **Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il sotto-massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per nucleo familiare.

6.17.7 Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società liquida all'Assicurato 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'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia **di € 35,00 per prestazione** che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

- **Nel caso in cui l'Assicurato 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 € 60,00 per infortunio**.
Tutti i documenti di spesa relativi ad medesimo infortunio e di pertinenza del presente sub-articolo debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

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

6.18 Cure oncologiche

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" la Società, nei casi di malattie oncologiche, liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- **Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- **Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 30.000,00 per nucleo familiare.

6.19 Lenti e occhiali

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una **franchigia di € 25,00 per fattura**.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista o dell'ortottico, attestante la variazione del visus.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 150,00 per nucleo familiare.

6.20 Protesi ortopediche, acustiche e oculari, compresi ausili medici ortopedici

La Società rimborsa le spese per l'acquisto, la riparazione e la sostituzione di protesi ortopediche, acustiche e oculari.

Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodì, plantari, apparecchi acustici, ecc.

Sono inoltre comprese nella garanzia: protesi oculari, ausili per la fonazione, ausili per la mobilità.

Restano escluse: calzature a plantare, corsetteria e busti estetico/formativi.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto **del 20% con un minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per nucleo familiare.

6.21 Ticket per pronto soccorso

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni ambulatoriali di Pronto Soccorso conseguenti a infortunio in assenza di ricovero: applicazione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto.

I medicinali saranno rimborsati qualora regolarmente prescritti dal Pronto Soccorso.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare.

6.22 Psicomotricità

La Società provvede al pagamento delle spese per le visite neuropsichiatriche ed i trattamenti psicomotori finalizzati al recupero

dell'attività di socializzazione, prescritti da medico specialista in psichiatria ed effettuati da fisioterapisti specializzati. La garanzia è rivolta ai figli degli assicurati che abbiano un'età inferiore o uguale a 16 anni in presenza di handicap grave e che usufruiscano di quanto previsto dall'Art.69 del CCNL 31/03/2015.

- **Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- **Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

<p>Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.</p>
--

6.23 Cure dentarie/ticket odontoiatrici

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società rimborsa le spese sostenute solo per cure dentarie, estrazioni, protesi odontoiatriche ed ortodontiche, nonché i ticket odontoiatrici nell'ambito SSN.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto **del 35% e minimo non indennizzabile di € 100,00 per singola prestazione**, intendendosi per tale l'insieme delle prestazioni relative ad un medesimo piano di cura.
- **Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto di scoperto **del**

35% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per singola prestazione , intendendosi per tale l'insieme delle prestazioni relative ad un medesimo piano di cura.

- **Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a € 350,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

6.24 Stati di non autosufficienza temporanea per Assicurati con età minima 18 anni

6.24.1 Oggetto della garanzia

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza".

6.24.2 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere limitazioni per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a. spostarsi;
 - b. lavarsi;
 - c. vestirsi;
 - d. nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.

3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.24.3 Somma assicurata

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.**

6.24.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

6.24.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte della società

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- a) chiamare il **numero verde gratuito 800-009952** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: **UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna** - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

La Società ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza é riconosciuto consolidato le garanzie di polizza non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli "Erogazione diretta della prestazione di assistenza" e "Richiesta di rimborso spese" decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

6.24.6 Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di

non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli "Erogazione diretta della prestazione di assistenza" e "Richiesta di rimborso spese":

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

6.24.6.1 Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Assicurato richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato o non autorizzate dalla Società.

6.24.6.2 Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: **UniSalute - Servizio Liquidazione – Via Larga, 8 – 40138 Bologna** - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;

- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).
- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Assicurato sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

6.24.7 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

6.25 Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

6.26 Diagnosi comparativa

La Società dà la possibilità all'Assicurato 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 **800-009952**, l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

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

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato.
3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato 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 garanzia, l'Assicurato 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.

6.27 Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-009952 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

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 tickets, 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 800-212477.

c) Pareri medici immediati

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

7. CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, da versare alla Cassa sanitaria, corrispondono ai seguenti importi:

- ogni familiare non fiscalmente a carico come indicato al punto "Persone assicurate" **€ 566,00.**

8. ESCLUSIONE DALL'ASSICURAZIONE

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* preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo:
 - che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio;
 - quanto previsto dall'art. "Interventi correttivi della miopia (laser)".
2. tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico, salvo quanto espressamente previsto dagli Artt. "Interventi chirurgici odontoiatrici", "Cure dentarie da infortunio" e "Cure dentarie/ticket odontoiatrici"
3. 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 contratto);
4. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
5. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

8. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. 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;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
11. le conseguenze dovute a azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
12. 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;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;

Limitatamente alle prestazioni previste dagli Artt. "Interventi chirurgici odontoiatrici", "Cure dentarie da infortunio" e "Cure dentarie/ticket odontoiatrici" l'assicurazione non è operante per:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni ", l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- d) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- h) di 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 contratto);
- i) di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
- j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
- k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- l) di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- m) di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
- n) di tutte le terapie mediche;
- o) dirette o indirette di pandemie.

* 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.

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

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Inclusioni/esclusioni

Nuove assunzioni

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente decorre dal giorno dell'assunzione.

Neo-promozioni

In caso di promozione di un dipendente da una categoria ad un'altra in corso d'anno, la garanzia decorre dalla data della nomina.

I limiti ed i massimali applicabili al periodo successivo all'inserimento nel nuovo pacchetto sono determinati calcolando la differenza tra quelli previsti in Convenzione per la nuova copertura e quanto già consumato da ciascun Assicurato nella copertura precedente.

Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite: essa verrà effettuata mediante apposita comunicazione alla Cassa.

La comunicazione alla Società delle inclusioni deve avvenire entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento (a titolo esemplificativo dalla nascita del figlio). Qualora la comunicazione avvenga nel termine indicato, la copertura assicurativa è operativa, nei confronti dei familiari inclusi, dalla data di certificazione della variazione sullo stato di famiglia; qualora, invece, il termine non venga rispettato, l'assicurazione nei confronti dei familiari inclusi decorrerà dal primo giorno del mese di comunicazione alla Società

Ai soli fini del pagamento del contributo a carico dell'Assicurato resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari Assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

Nel caso di decesso del dipendente gli eventuali familiari Assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva e pertanto non si provvederà alla restituzione dell'eventuale premio.

9.2. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dall'01/01/2023 all'01/01/2025 salvo proroghe o rinnovi.

Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito al precedente articolo "Inclusioni/esclusioni".

9.3. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Prima di partire per la vacanza/trasferta, scarica il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero e contiene anche un riepilogo dei contatti utili in caso di necessità. Trovi il **Modulo estero** all'interno della tua **Area Clienti** sul sito UniSalute nella **sezione "Polizza"**.

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.

9.4. 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'Assicurato.

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'Assicurato 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 Assicurati 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'Assicurato.

9.6. Foro competente

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata:

- per ogni controversia tra la Società e l'Assicurato è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

9.7. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it**.

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

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 del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, 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 ed esaustiva 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 Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.
- In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

ALLEGATO 1 - 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 ossiculare
- 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 o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy 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 garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO 2 ELENCO DELLE STRUTTURE CONVENZIONATE IN CUI VIENE APPLICATO LO SCOPERTO DEL 30%, COME INDICATO AL PUNTO “MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI”

Ragione sociale	Comune	Provincia
CASA DI CURA FORNACA DI SESSANT SPA (ECAS SPA)	TORINO	TORINO
ISTITUTO CLINICO HUMANITAS S.P.A.	ROZZANO	MILANO
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA SRL (IEO)	MILANO	MILANO
OSPEDALE SAN RAFFAELE (EX MONTE TABOR)	MILANO	MILANO
CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO SPA	MILANO	MILANO
IRCCS POLICLINICO SAN DONATO	SAN DONATO MILANESE	MILANO
COLUMBUS CLINIC CENTER SRL	MILANO	MILANO
ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA-IRCCS	MILANO	MILANO
CASA DI CURA PIO XI	ROMA	ROMA
FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI (EX COLUMBUS)	ROMA	ROMA
CASA DI CURA QUISISANA - EUROSANITA' S.P.A.	ROMA	ROMA
VILLA STUART - EUROSANITA' S.P.A.	ROMA	ROMA
CASA DI CURA VILLA MARGHERITA SPA	ROMA	ROMA
CASA DI CURA ARS MEDICA SPA	ROMA	ROMA
ROME AMERICAN HOSPITAL SRL	ROMA	ROMA

ARS BIO MEDICA (EX VILLA FLAMINIA)	ROMA	ROMA
CASA DI CURA PRIV. MADRE FORTUNATA TONIOLO	BOLOGNA	BOLOGNA
CLINICHE GAVAZZENI	BERGAMO	BERGAMO
ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO	VIGEVANO	PAVIA
AZ. OSP. CASA DI CURA MAGGIORE DELLA CARITA'	NOVARA	NOVARA



S	ELEMENTO SCHELETRATO	DI	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DP	DENTE PILASTRO		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
C	CARIE		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RA	RESIDUO RADICOLARE		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FC	FRATTURA CORONALE		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ENV	ELEMENTO NON VITALE		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EDP	ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EMP	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO +		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM1	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 1		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM2	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 2		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM3	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 3		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGM I	RECESSIONE GENGIVALE DI MILLER I	CLASSE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGM II	RECESSIONE GENGIVALE DI MILLER II	CLASSE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
COR	CISTI (ODONTOGENA O RADICOLARE)		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DOA	DIFETTO ANGOLARE	OSSEO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ERI	ELEMENTO RITENUTO INCLUSO	OD	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FR	FRATTURA RADICOLARE		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CCI	CURA CANALARE INCONGRUA		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
GP	GRANULOMA PERIAPICALE		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

TABELLA 2 – Patologie del cavo orale

Indicare per esteso il quadro clinico rilevato: si prega di scrivere in stampatello in modo chiaro e leggibile.

(Es.: recessione gengivale classe di Miller III: 1° e 2° quadrante; leucoplachia: mucosa geniena destra; frenulo: linguale; riassorbimento osseo orizzontale: diffuso; altre patologie delle mucose orali: mucocele labbro inferiore; ecc.)

Codice	Descrizione	Indicare se presente
MLCI	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I	
MLCII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II	
MLCIII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE III	
TP	TORUS PALATINO	
TM	TORUS MANDIBOLARE	
FT	FRENULO TECTOLABIALE	
E	EPULIDE (GRANULOMA A CELLULE GIGANTI)	
L	LEUCOPLACHIA	
ESLT	ERITOPLACHIE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI	
APMO	ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI	
FRE	FRENULO	
RCGMIII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III	
RCGMIV	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV	
ROO	RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE	

ATTENZIONE: nella scheda anamnestica vanno segnate le preesistenze (carie, elementi assenti, corone, otturazioni, fratture, ecc.) E NON le cure effettuate.

ATTENZIONE: La scheda anamnestica va compilata per l'intero cavo orale, non soltanto per il distretto oggetto di cure.

Note:

Firma dell'odontoiatra

Data
