

Guida al Piano sanitario

Iscritti SINFUB

Edizione 2018

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

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

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

Numero Verde

800-016699

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 te da App Store e Play Store.

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

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

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

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna
fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.

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

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

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

Guida al Piano sanitario Iscritti SINFUB

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

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

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

2. **BENVENUTO..... 6**

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

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

4. **SERVIZI ONLINE E MOBILE 9**

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

5. **LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA15**

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

- 6.1. Ricovero 17
- 6.1.1. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico 17
- 6.1.2. Trasporto sanitario 18
- 6.2. Trapianti 18
- 6.3. Rimpatrio della salma 19
- 6.3.1. Modalità' di erogazione delle prestazioni 19
- 6.4. Indennità sostitutiva 20
- 6.5. Limite di spesa annuo 20
- 6.6. Servizi di consulenza 20
- 6.7. Ricovero 21
- 6.7.1. Ricovero in istituto di cura 21
- 6.7.2. Trasporto sanitario 22
- 6.7.3. Day-hospital 22
- 6.7.4. Intervento chirurgico ambulatoriale 23
- 6.7.5. Trapianti 23
- 6.7.6. Parto e aborto 23
- 6.7.7. Rimpatrio della salma 24
- 6.7.8. Modalità' di erogazione delle prestazioni 24
- 6.7.9. Indennità sostitutiva 25
- 6.7.10. Limite di spesa annuo 26
- 6.8. Alta specializzazione 26

| | | |
|------------|--|-----------|
| 6.9. | Visite specialistiche e accertamenti diagnostici contiene | 28 |
| 6.10. | Prestazioni diagnostiche particolari (copertura attiva per il solo titolare) | 28 |
| 6.11. | Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio | 29 |
| 6.12. | Diagnosi comparativa | 30 |
| 6.13. | Servizi di consulenza | 32 |
| 7. | CONTRIBUTI | 32 |
| 8. | CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO | 33 |
| 9. | ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI | 36 |
| 9.1. | Inclusioni/esclusioni | 36 |
| 9.2. | Validità territoriale | 38 |
| 9.3. | Limiti di età | 38 |
| 9.4. | Gestione dei documenti di spesa | 38 |
| 9.5. | Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno? | 39 |
| 10. | ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI | 39 |

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. E’ sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

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



Richiesta rimborso online

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

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

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

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

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

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



Valutazione rimborso in 20 giorni

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

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

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

4.1. Il sito di UniSalute

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

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

richieste di rimborso;

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

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

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

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

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

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

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

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

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

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

In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;

- disdire o cambiare una prenotazione.



Prenotazione veloce

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

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO**.

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1.7. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail.

Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

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

4.2. L'app di UniSalute

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

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. E' 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. E' possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione.

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.

Puoi ovviamente consultare tutti i documenti inviati.

Integra la documentazione mancante

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

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore degli iscritti al Sinfub in data 31/12/2018 che abbiano accettato entro la data di effetto l'attivazione della presente copertura.

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

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

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

OPZIONE A

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico;
- servizi di consulenza;

OPZIONE B

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- prestazioni diagnostiche particolari (copertura valida per il solo titolare);
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio;
- diagnosi comparativa;
- servizi di consulenza.

OPZIONE A

6.1. Ricovero

6.1.1. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico

Per grande intervento chirurgico s'intendono gli interventi di cui all'allegato "Elenco grandi interventi chirurgici"

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

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la copertura è prestata nel limite di **€ 60,00** al giorno per un massimo di **40** giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

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

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

6.1.2. Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il **massimo di € 1.550,00 per ricovero**.

6.2. Trapianti

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

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

6.3. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite di € 2.000,00 per anno associativo e per nucleo familiare**.

6.3.1. Modalità' di erogazione delle prestazioni

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 2.500,00**, ad eccezione delle seguenti:

- “Pre ricovero”;
- “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto “Trasporto sanitario”;
- punto “Rimpatrio della salma”

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

Per quanto riguarda le prestazioni di cui al punto “Pre ricovero”, occorre contattare preventivamente la Centrale Operativa per la richiesta dell'applicazione delle tariffe riservate agli iscritti UniSalute , il cui rimborso avverrà con i limiti previsti al punto **“Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati”**.

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'Iscritto con uno **scoperto del 40%**, con il **minimo non indennizzabile di € 3.000,00** ad eccezione delle seguenti:

- “Retta di degenza”;
- “Accompagnatore”;
- “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto “Trasporto sanitario”;
- punto “Rimpatrio della salma”

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

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, e quindi con costo a

completo carico del S.S.N., verrà attivata la copertura prevista al punto “Indennità Sostitutiva”. Qualora l’Iscritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l’indennità sostitutiva”.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

6.4. Indennità sostitutiva

L’Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di **€ 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.**

6.5. Limite di spesa annuo

Il limite di spesa annuo per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 30.000,00 per persona.

6.6. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-016699** 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 ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: 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.

c) Pareri medici

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

OPZIONE B

6.7. Ricovero

6.7.1. Ricovero in istituto di cura

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

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la copertura è prestata nel **limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero.**

f) Assistenza infermieristica privata individuale

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

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

6.7.2. Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il **massimo di € 1.550,00 per ricovero.**

6.7.3. Day-hospital

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La copertura non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

6.7.4. 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 sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

6.7.5. 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 sanitario” con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell’organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

6.7.6. Parto e aborto

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

La copertura è prestata fino ad un **massimo di € 2.000,00 per anno associativo 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 copertura “Trasporto sanitario”**.

PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo 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. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto “Ricovero in istituto di cura”, lettera g) “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un **massimo di € 1.000,00 per anno associativo 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 copertura “Trasporto sanitario”**.

6.7.7. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite di € 2.000,00 per anno associativo e per nucleo familiare**.

6.7.8. Modalità' di erogazione delle prestazioni

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 2.500,00**, ad eccezione delle seguenti:

- “Pre ricovero”;
- “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto “Trasporto sanitario”;
- punto “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Isritto nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

- punto “Parto e aborto”;

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

- ❖ **In caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale il minimo non indennizzabile viene ridotto a € 600,00**

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'Isritto con uno **scoperto del 40%, con il minimo non indennizzabile di € 3.000,00 ad eccezione delle seguenti:**

- lett. d) “Retta di degenza”;
- lett. e) “Accompagnatore”;
- lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto “Trasporto sanitario”;
- punto “Parto e aborto”;
- punto “Rimpatrio della salma”

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

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, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la copertura prevista al punto “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l'Isritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Isritto 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'Isritto, 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”.

6.7.9. Indennità sostitutiva

L'Isritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.**

In caso di grande intervento chirurgico l'indennità si intenderà elevata a € 100,00 per ogni giorno di ricovero.

6.7.10. Limite di spesa annuo

Il limite di spesa annuo per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 120.000,00 per nucleo familiare.

6.8. Alta specializzazione

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del piano”, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extra ospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Accertamenti endoscopici
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

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

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

→ **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 80,00 per accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

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

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.500,00 per persona.

6.9. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici contiene

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

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

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

→ **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con **l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 60,00 per visita specialistica o accertamento diagnostico**.

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

6.10. Prestazioni diagnostiche particolari (copertura attiva per il solo titolare)

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

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

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

6.11. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, **esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso**, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

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

- Nel caso in cui l'Isritto 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 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura/persona**.
- Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborso** integralmente i **ticket sanitari a carico dell'Isritto**.

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

6.12. Diagnosi comparativa

La Società dà la possibilità all'Isritto 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 **800-016699**, l'Isritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

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

1. Consulenza Internazionale. UniSalute rilascerà all'Isritto 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'Isritto 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'Isritto.
3. Trova la Miglior Cura. Qualora l'Isritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best

Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Iscritto laddove necessario. **Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.** L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

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

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

Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa.

Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

6.13. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-016699** 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 ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: 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.

c) Pareri medici

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

7. CONTRIBUTI

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

OPZIONE A

- | | |
|--|----------|
| a) iscritto | € 250,00 |
| b) ogni altro familiare nel nucleo da stato di famiglia (coniuge, figli) | € 250,00 |

L'attivazione dell'opzione b) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o figli, risultanti dallo stato di famiglia.

OPZIONE B

| | |
|--|----------|
| c) iscritto | € 680,00 |
| d) ogni altro familiare nel nucleo da stato di famiglia (coniuge, figli) | € 680,00 |

L'attivazione dell'opzione d) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o figli, risultanti dallo stato di famiglia.

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

- 1) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del Piano.
- 2) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 4) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano);
- 5) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 6) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 7) i ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto 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'Isritto 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.

- 8) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 9) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 10) 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;
- 11) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
- 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, eventi atmosferici; di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici
- 14) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

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

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

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

8.1. Persone per cui non è operante la copertura

Sono definite “persone non associabili” coloro le quali abbiano sofferto o soffrano alla data di effetto del Piano di almeno una delle seguenti patologie, o rientrino in almeno una delle sotto elencate casistiche:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l’assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l’assunzione di almeno 3 farmaci;
- Essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%;
- Avere bisogno dell’aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a. Lavarsi
 - b. Vestirsi e svestirsi

- c. Andare al bagno e usarlo
- d. Spostarsi
- e. Continenza
- f. Nutrirsi

e la copertura cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie o condizioni sopra indicate.

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Inclusioni/esclusioni

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

1) Inclusionione del coniuge e dei figli tutti risultanti dallo stato di famiglia

Per gli iscritti in copertura alla data di effetto del Piano, il coniuge e i figli tutti risultanti da stato di famiglia, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo contributo ed invio dell’apposito modulo, nonché del Questionario Sanitario compilato e sottoscritto, tassativamente entro la data del 31/01/2019; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge e i figli di nuovi iscritti sempreché risultanti dallo stato di famiglia.

Qualora l’analisi del Questionario Sanitario non evidenzi la necessità di richiedere particolari limitazioni di copertura, la copertura decorrerà dalla data di effetto del Piano, sempreché sia stato pagato il relativo contributo. Tuttavia, se in seguito all’esame del Questionario Sanitario si rendesse necessaria la richiesta di particolari limitazioni di copertura, il piano decorrerà dal giorno dell’accettazione delle stesse da parte dell’Iscritto

Alle scadenze annuali del Piano i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

2) Inclusionione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per gli iscritti in copertura alla data di effetto del Piano, l’inclusione di familiari come definiti al punto “Persone per cui è operante la

copertura”, secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo, nonché del Questionario Sanitario compilato e sottoscritto.

Qualora l’analisi del Questionario Sanitario non evidenzi la necessità di richiedere particolari limitazioni di copertura, la copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell’avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo contributo. Tuttavia, se in seguito all’esame del Questionario Sanitario si rendesse necessaria la richiesta di particolari limitazioni di copertura, il piano decorrerà dal giorno dell’accettazione delle stesse da parte dell’iscritto.

3) Inserimento di nuovi iscritti in data successiva all’effetto di polizza

Le inclusioni di iscritti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuovi pensionamenti. La copertura per il iscritto e i familiari indicati al punto “Persone per cui è operante la copertura”, primo capoverso, decorre dal giorno del quietanzamento sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora il iscritto intenda inserire l’eventuale coniuge e i figli tutti risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all’atto del quietanzamento e non potrà inserirli successivamente. L’inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo, del Questionario Sanitario compilato e sottoscritto, e pagamento del relativo contributo.

4) Decesso

Nel caso di decesso del titolare, la copertura per i componenti del nucleo cesserà alla prima scadenza del Piano.

Nel caso di decesso di un componente del nucleo familiare la copertura per gli altri componenti rimane pienamente operante.

9.2. Validità territoriale

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

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

9.3. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento dell'85° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento dell'86° anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'85° anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

9.4. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora

UniSalute dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

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

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

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

10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- * Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- * Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)

- * Interventi demolitivi del 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 epatici
- * 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
- * Cistoprostatovescicolectomia
- * 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
- * Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- * Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- * Interventi per costola cervicale
- * Interventi di stabilizzazione vertebrale
- * Interventi di resezione di corpi vertebrali

- * Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- * Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- * Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in 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

