

The cover features two large, curved, overlapping shapes. A dark blue shape is on the left, and a larger green shape is on the right, partially overlapping the blue one. The text is placed within these shapes: the main title is on the white background to the left of the blue shape, and the subtitle and edition information are on the green background to the right of the blue shape.

Guida al Piano sanitario

Piano

Forma Integrativa

Cassa De Lellis

Edizione Gennaio 2017

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse dal 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

800-009650

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

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 Forma Integrativa Cassa De Lellis

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la convenzione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.



1.	SOMMARIO	
2.	BENVENUTO	6
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	6
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute (modalità disponibile per il solo nucleo familiare del Quadro)	6
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	9
4.	SERVIZI ONLINE	9
4.1.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? (modalità disponibile per il solo nucleo familiare del Quadro)	11
4.2.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	12
4.3.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	12
4.4.	Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate? Errore. Il segnalibro non è definito.	
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	14
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	14
6.1.	Ricovero, day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	16
6.1.1.	Trapianto di organi	17
6.1.2.	Indennità sostitutiva	19
6.1.3.	Ospedalizzazione domiciliare	20
6.1.4.	Malattie pregresse croniche recidivanti	20
6.2.	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	21
6.3.	Neonati	21
6.4.	Prestazioni di alta specializzazione	21
6.5.	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	22
6.6.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi	23
6.7.	Cure termali	23
6.8.	Protesi ortopediche e acustiche	24
6.9.	Cure oncologiche	24
6.10.	Assistenza infermieristica domiciliare	24
6.11.	Lenti e occhiali	25
6.12.	Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche	25
6.13.	Prestazioni odontoiatriche	25
6.14.	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	26
6.14.1.	Trasporto sanitario	28
6.14.2.	Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	28
6.14.3.	Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	29
6.14.4.	Trapianto di organi	29
6.14.5.	Parto e aborto terapeutico e spontaneo	31
6.14.5.1.	Parto cesareo	31
6.14.5.2.	Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo	32
6.14.6.	Rimpatrio della salma	32
6.14.7.	Indennità sostitutiva	32
6.14.8.	Ospedalizzazione domiciliare	33
6.14.9.	Malattie pregresse croniche recidivanti	34
6.14.10.	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	34

6.15.	Neonati	34
6.16.	Prestazioni di alta specializzazione	35
6.17.	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	36
6.18.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi	38
6.19.	Cure termali	39
6.20.	Protesi ortopediche e acustiche	40
6.21.	Medicinali	41
6.22.	Cure oncologiche	41
6.23.	Assistenza infermieristica domiciliare	42
6.24.	Lenti e occhiali	42
6.25.	Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche	43
6.26.	Prestazioni diagnostiche particolari	44
6.27.	Odontoiatria/ortodonzia	46
6.28.	Stati di non autosufficienza consolidata/permanente	47
6.28.1.	Oggetto della copertura	47
6.28.2.	Condizioni di assicurabilità	48
6.28.3.	Somma garantita	49
6.28.4.	Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente	49
6.28.5.	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte di UniSalute	55
6.28.6.	Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza	58
6.28.7.	Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	60
6.29.	Servizi di consulenza e assistenza	60
7.	ESCLUSIONI DAL PIANO	66
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	69
8.1.	Inclusioni/esclusioni	69
8.2.	Validità territoriale	71
8.3.	Limiti di età	71
8.4.	Gestione dei documenti di spesa	72
9.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	72

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 (modalità disponibile per il solo nucleo familiare del Quadro)

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 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 riservata, 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!

La valutazione della tua richiesta sarà gestita in circa 30 giorni dalla ricezione della necessaria documentazione medica e delle relative fatture debitamente quietanzate.

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:

- per il titolare a II° rischio, copia **dell'estratto conto rilasciato dal Q.U.A.S.**
- **il modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova sul sito www.unisalute.it o sul sito www.cassadelellis.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 30 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 30 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

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

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

- **prenotare** presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario non connesse ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento** (servizio attivo per il solo nucleo familiare del Quadro) ;
- **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. 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.

4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? (modalità disponibile per il solo nucleo familiare del Quadro)

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario.

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.

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



Attenzione!

Il servizio di prenotazione da sito non è attivo per la copertura "Prestazioni odontoiatriche".

Per attivare il servizio è necessario recarsi presso uno studio odontoiatrico convenzionato ed effettuare la prima visita odontoiatrica specificando di essere un Assistito UniSalute. Lo stesso dentista convenzionato inoltrerà - in autonomia - il piano di cure preventivato e la relativa prima visita a UniSalute, la quale verificherà le prestazioni indicate sullo stesso e autorizzerà quanto previsto dal tuo Piano sanitario.

4.3. 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**.

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

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



Richiesta rimborso online

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

La valutazione della tua richiesta sarà gestita in circa 30 giorni dalla ricezione della necessaria documentazione medica e delle relative fatture debitamente quietanzate.

Se non puoi accedere a Internet, utilizza il modulo di rimborso che si trova sul sito www.unisalute.it o sul sito www.cassadelellis.it 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.**

4.5. 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.

4.6. 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.

4.7. 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.

4.8. 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” per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell’Area clienti su www.unisalute.it e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

- test visivo;
- test audiometrico;
- qualità del sonno;
- prevenzione dentale: uno strumento "per grandi e piccoli" per una corretta igiene orale.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestatato a favore dei Quadri dell’azienda associata, in forza alla data di effetto della copertura, iscritti al Fondo Q.U.A.S.

La copertura può essere estesa, in forma completa, con versamento del relativo contributo, al coniuge o convivente “more uxorio”, ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia nonché ai genitori o ai fratelli anch’essi tutti risultanti da 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**, a secondo rischio e a integrazione dei plafond previsti dal fondo Q.U.A.S. per le spese sostenute dal quadro e a primo rischio per le spese sostenute dai familiari, per le seguenti prestazioni.

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- parto e aborto terapeutico e spontaneo;
- neonati;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- cure termali;
- protesi ortopediche e acustiche;
- medicinali (copertura valida per il solo nucleo familiare a 1° rischio);
- cure oncologiche;
- malattie pregresse croniche recidivanti;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- lenti e occhiali;
- prestazioni psichiatriche e psicoterapiche;
- prestazioni diagnostiche particolari (copertura valida per il solo nucleo familiare a 1° rischio);
- odontoiatria/ortodonzia;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa;
- servizi di consulenza e assistenza.

**SEZIONE VALIDA PER IL TITOLARE
COPERTURA INTEGRATIVA AL QUAS**

I quadri rientranti nell'assistenza prestata dal Q.U.A.S. usufruiscono, tramite questo Piano, di una copertura a secondo rischio e a integrazione dei plafond previsti dal tariffario del fondo.

I massimali indicati nelle garanzie di questa sezione come validi per il nucleo familiare sono condivisi con quelli delle garanzie presenti alla sezione dedicata ai familiari del Quadro.

Nel caso in cui il Quadro non abbia richiesto ed ottenuto, per prestazioni previste nel tariffario Q.U.A.S., il rimborso da parte del fondo, non saranno valutate ai fini del rimborso le eventuali spese per le coperture sopra riportate.

Non saranno rimborsate eventuali spese per **prestazioni** ricomprese nell'elenco di cui sopra ma **non previste nel tariffario Q.U.A.S..**

6.1. Ricovero, day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

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

Pre-ricovero	spese sostenute nei 90 giorni precedenti il ricovero per visite specialistiche e accertamenti diagnostici correlati al ricovero
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.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali (compresi farmaci omeopatici e composti/galenici), esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
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 € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza infermieristica privata individuale	Le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate per un massimo di 90 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali (compresi farmaci omeopatici e compositi/galenici), prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi – compreso il noleggio di attrezzature protesiche e terapeutiche - 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 garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
Trasporto sanitario	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 € 1.600,00 per ricovero.
Rimpatrio della salma	le spese sostenute per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero, conseguente a eventi assicurati, nel limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare
Parto	<u>Parto cesareo</u> nel limite di € 12.000,00 per anno assicurativo e nucleo familiare <u>Parto naturale o aborto terapeutico</u> la garanzia viene prestata nel limite di € 4.000,00 per anno assicurativo e nucleo familiare

6.1.1. Trapianto di organi

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquidava le spese previste al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" 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, il Piano sanitario copre 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.

Nel caso in cui l'assicurato sia il donatore vivente di organi, la Società potrà corrispondere un'indennità sostitutiva previo l'invio della seguente documentazione in originale:

- risposta positiva del Centro Nazionale Trapianti con indicazione delle liste di attesa e della durata dell'iscrizione nelle stesse attraverso il (SIT, Sistema Informativo Trapianti), e autorizzazione alla ASL di competenza al rilascio dell'autorizzazione
- autorizzazione della ASL di competenza

Nel caso in cui l'espianto avvenga all'Estero oltre quanto sopra-indicato, si chiedono altresì i seguenti documenti in originale:

- certificazione delle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane delle condizioni indispensabile per l'autorizzazione (natura pubblica, mancanza dello scopo di lucro e tariffe approvate o controllate)
- certificazione delle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane con le credenziali dell'Istituto presso il quale è stato effettuato l'espianto

Nel caso in cui l'assicurato abbia sostenuto delle spese, l'assicurato potrà chiedere il rimborso delle sole spese rimaste a suo carico, **esclusivamente solo dopo** aver già ricevuto il contributo alle spese sostenute da parte del Ministero della Salute e/o della Regione e/o della Asl. In questo caso la Società potrà corrispondere le somme rimaste eventualmente a carico dell'Assicurato.

Per ottenere tali rimborsi l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società, **in aggiunta a quanto già indicato sopra**:

- Copia conforme all'originale delle fatture debitamente quietanzate
- autorizzazione **in originale** rilasciata dal Ministero della Salute e/o dalla Regione e/o dalla Asl di competenza a sostenere le spese di cui si chiede il rimborso integrativo

- estratto conto in originale delle spese sostenute all'estero e rimborso integralmente o in parte dal Ministero della Salute e/o dalla Regione e/o dalla Asl di competenza a sostenere le spese di cui si chiede il rimborso integrativo

Rimane inteso che:

- le spese **non** autorizzate **preventivamente** da Ministero della Salute e/o Regione e/o Asl di competenza, non potranno essere oggetto di rimborso, ancorché parziale
- qualora non fosse possibile inviare la documentazione richiesta in originale, l'Assicurato potrà inoltrare le copie conformi agli originali purché convalidate, con data-timbro-e firma, dai rispettivi Enti emittenti.
- La Società avrà sempre la facoltà di richiedere ulteriore documentazione
- L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici curanti.

6.1.2. Indennità sostitutiva

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità da parte di UniSalute di provvedere al pagamento delle spese di “pre” e “post ricovero”, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100** giorni per ricovero.

Le spese relative alle prestazioni di “pre” e “post ricovero” in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto, fermo restando il massimale indicato al punto “Il limite di spesa annuo dell'area ricovero”.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.1.3. Ospedalizzazione domiciliare

Il Piano sanitario, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano stesso e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto. UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 20.000,00 per nucleo familiare.

6.1.4. Malattie pregresse croniche recidivanti

Le garanzie comprendono le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza o di una successiva appendice di inclusione di persone, nonché le malattie croniche e recidivanti.

6.2. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a € 150.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

Nel caso di **grande intervento chirurgico**, intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo "Elenco grandi interventi chirurgici", il limite di spesa annuo suindicato viene elevato a € 225.000,00 per nucleo familiare.

6.3. Neonati

I figli delle donne assistite, nati durante il periodo di validità della polizza, sono gratuitamente assicurati per le stesse somme e garanzie pattuite per la madre con decorrenza dal momento della nascita e comunque sino al termine dell'anno assicurativo.

È equiparata a "nascita" l'adozione del neonato, purché avvenuta nel primo anno di vita.

6.4. Prestazioni di alta specializzazione

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale") <ul style="list-style-type: none">• Angiografia• Artrografia• Broncografia• Cistografia• Cistouretrografia• Clisma opaco• Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)	<ul style="list-style-type: none">• Videoangiografia• Wirsunggrafia Accertamenti <ul style="list-style-type: none">• Accertamenti endoscopici• Diagnostica radiologica• Amniocentesi• Densitometria ossea computerizzata (MOC)• Doppler• Ecocardiografia
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecografia • Elettroencefalogramma • Elettromiografia • Mammografia o Mammografia Digitale • PET • Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) • Scintigrafia • Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) <p>Terapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia • Cobaltoterapia • Dialisi • Laserterapia a scopo fisioterapico • Radioterapia
--	--

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 5.000,00 per nucleo familiare.**

6.5. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e 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.

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.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 3.500,00 per nucleo familiare.

6.6. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte 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.

È prevista l’agopuntura e l’elettro agopuntura (non solo a fini antalgici) nonché il rimborso delle sedute dal logopedista sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in logopedia.

Sono escluse invece dalla copertura prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.

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.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 400,00 per nucleo familiare.

6.7. Cure termali

Il Piano sanitario provvede al rimborso delle spese sostenute per cure termali (sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) conseguenti a malattia o a infortunio, sempreché siano effettuate da

personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali.

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.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 650,00 per nucleo familiare.

6.8. Protesi ortopediche e acustiche

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche. Sono compresi in copertura anche gli ausili medici ortopedici e acustici.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.100,00 per nucleo familiare.

6.9. Cure oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche il Piano sanitario liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (effettuate anche in regime di ricovero o day hospital).

Si intendono inclusi in copertura le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 10.000,00 per nucleo familiare.

6.10. Assistenza infermieristica domiciliare

Il Piano sanitario rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare nel limite di € 30,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per nucleo familiare e anno assicurativo.

6.11. Lenti e occhiali

Il Piano sanitario rimborsa all'iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura.

Le spese sostenute verranno rimborsate senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto.

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 150,00 per persona.

6.12. Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche

In deroga a quanto previsto al capitolo "Esclusioni del piano" al punto 2, UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta/psicologo iscritto all'albo.

Sono escluse le cure farmacologiche e le spese relative a ricoveri, anche obbligatori, finalizzate alla cura di malattie mentali.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione del numero di sedute effettuate.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare..

6.13. Prestazioni odontoiatriche

In deroga a quanto previsto al capitolo "Esclusioni del piano" al punto

3, UniSalute provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare, con un aumento di € 300,00 per ogni familiare assicurato dopo il titolare.

**SEZIONE VALIDA PER I FAMILIARI DEL TITOLARE
COPERTURA A 1° RISCHIO**

6.14. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

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

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 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.
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.

Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali (compresi farmaci omeopatici e compositi/galenici), esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
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 € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate per un massimo di 90 giorni per ricovero sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali (compresi farmaci omeopatici e compositi/galenici), prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi – compreso il noleggio di attrezzature protesiche e terapeutiche - 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 garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto, ad eccezione della copertura "Pre-ricovero" che prevede specifici limiti.

➤ **Nel caso di esami diagnostici o visite specialistiche**, effettuate presso strutture convenzionate con UniSalute, **che si rivelano essere correlate a un successivo evento ricovero, la franchigia rimasta a carico dell'Assicurato all'atto della prestazione potrà successivamente essere rimborsata a termine della valutazione della pratica di ricovero.**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**80%**, ad eccezione della copertura "Accompagnatore" che prevede specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Iscritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

6.14.1. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario 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 **€ 1.600,00** per ricovero.

6.14.2. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non

prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” e “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

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

6.14.3. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Pre-ricovero”, “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Post-ricovero” e al punto “Trasporto sanitario”, con i relativi limiti in essi indicati.

6.14.4. Trapianto di organi

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” 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, il Piano sanitario copre 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.

Nel caso in cui l'assicurato sia il donatore vivente di organi, la Società potrà corrispondere un'indennità sostitutiva previo l'invio della seguente documentazione in originale:

- risposta positiva del Centro Nazionale Trapianti con indicazione delle liste di attesa e della durata dell'iscrizione nelle stesse attraverso il (SIT, Sistema Informativo Trapianti), e autorizzazione alla ASL di competenza al rilascio dell'autorizzazione
- autorizzazione della ASL di competenza

Nel caso in cui l'espianto avvenga all'Estero oltre quanto sopra-indicato, si chiedono altresì i seguenti documenti in originale:

- certificazione delle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane delle condizioni indispensabile per l'autorizzazione (natura pubblica, mancanza dello scopo di lucro e tariffe approvate o controllate)
- certificazione delle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane con le credenziali dell'Istituto presso il quale è stato effettuato l'espianto

Nel caso in cui l'assicurato abbia sostenuto delle spese, l'assicurato potrà chiedere il rimborso delle sole spese rimaste a suo carico, **esclusivamente solo dopo** aver già ricevuto il contributo alle spese sostenute da parte del Ministero della Salute e/o della Regione e/o della Asl. In questo caso la Società potrà corrispondere le somme rimaste eventualmente a carico dell'Assicurato.

Per ottenere tali rimborsi l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società, **in aggiunta a quanto già indicato sopra**:

- Copia conforme all'originale delle fatture debitamente quietanzate
- autorizzazione in originale rilasciata dal Ministero della Salute e/o dalla Regione e/o dalla Asl di competenza a sostenere le spese di cui si chiede il rimborso integrativo
- estratto conto in originale delle spese sostenute all'estero e rimborso integralmente o in parte dal Ministero della Salute e/o dalla Regione e/o dalla Asl di competenza a sostenere le spese di cui si chiede il rimborso integrativo

Rimane inteso che:

- le spese **non** autorizzate **preventivamente** da Ministero della Salute e/o Regione e/o Asl di competenza, non potranno essere oggetto di rimborso, ancorché parziale
- qualora non fosse possibile inviare la documentazione richiesta in

originale, l'Assicurato potrà inoltrare le copie conformi agli originali purché convalidate, con data-timbro-e firma, dai rispettivi Enti emittenti.

- La Società avrà sempre la facoltà di richiedere ulteriore documentazione
- L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici curanti.

6.14.5. Parto e aborto terapeutico e spontaneo

6.14.5.1. Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**

La copertura è prestata nel limite di spesa indicato al punto “Il limite di spesa annuo dell'area ricovero”.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato con la Società**

La copertura, è prestata fino ad un massimo di **€ 12.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

In entrambi i casi non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”.



Il limite di spesa riportato sopra è da intendersi condiviso con quello indicato alla sezione valida per il Quadro

6.14.5.2. Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “Post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al paragrafo “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, punto “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura 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 coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”.



Il limite di spesa riportato sopra è da intendersi condiviso con quello indicato alla sezione valida per il Quadro

6.14.6. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero conseguente a eventi assicurati, il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 1.500,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.



Il limite di spesa riportato sopra è da intendersi condiviso con quello indicato alla sezione valida per il Quadro

6.14.7. Indennità sostitutiva

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità da parte di UniSalute di provvedere al pagamento delle

spese di “pre” e “post ricovero”, avrà diritto a un’indennità di **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **150** giorni per ricovero.

Le spese relative alle prestazioni di “pre” e “post ricovero” in questo caso vengono prestate senza l’applicazione di alcun importo a carico dell’Iscritto, fermo restando il massimale indicato al punto “Il limite di spesa annuo dell’area ricovero”.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell’indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l’importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all’interno dell’Istituto di cura.

6.14.8. Ospedalizzazione domiciliare

Il Piano sanitario, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano stesso e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l’applicazione di alcun importo a carico dell’Iscritto. Unisalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l’Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La disponibilità annua per la presente copertura corrisponde a quanto indicato al punto “Ospedalizzazione domiciliare” della sezione valida per il Quadro.

6.14.9. Malattie pregresse croniche recidivanti

Il Piano riconosce come in copertura le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza o di una successiva appendice di inclusione di persone, nonché le malattie croniche e recidivanti.

6.14.10. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 150.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

Nel caso di **grande intervento chirurgico**, intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo “Elenco grandi interventi chirurgici”, il limite di spesa annuo suindicato viene elevato a **€ 225.000,00** per nucleo familiare.



Il limite di spesa riportato sopra è da intendersi condiviso con quello indicato alla sezione valida per il Quadro

6.15. Neonati

I figli delle donne assistite, nati durante il periodo di validità del Piano, sono gratuitamente assicurati per le stesse somme e coperture previste per la madre dal momento della nascita e comunque sino al termine dell'anno assicurativo.

È equiparata a "nascita" l'adozione del neonato, purché avvenuta nel primo anno di vita.

6.16. Prestazioni di alta specializzazione

<p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)</p> <ul style="list-style-type: none">• 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• Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)• Scintigrafia• Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)	<ul style="list-style-type: none">• Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto• Rx tenue e colon con mezzo di contrasto• Scialografia• Splenoportografia• Urografia• Vesciculodeferentografia• Videoangiografia• Wirsunggrafia <p>Accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none">• Accertamenti endoscopici• Diagnostica radiologica• Amniocentesi• Densitometria ossea computerizzata (MOC)• Doppler• Ecocardiografia• Ecografia• Elettroencefalogramma• Elettromiografia• Mammografia o Mammografia Digitale• PET <p>Terapie</p> <ul style="list-style-type: none">• Chemioterapia• Cobaltoterapia• Dialisi• Laserterapia a scopo fisioterapico• Radioterapia
--	---

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura corrisponde a quanto indicato al punto "Alta specializzazione" della sezione valida per il Quadro.

6.17. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e 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.

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.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura corrisponde a quanto indicato al punto “Visite specialistiche e accertamenti diagnostici” della sezione valida per il Quadro.

6.18. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte 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.

E' prevista l'agopuntura e l'elettro agopuntura (non solo a fini antalgici) nonché il rimborso delle sedute dal logopedista sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in logopedia.

Sono escluse invece dalla copertura prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.

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.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato o copia del certificato di Pronto Soccorso.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato o copia del certificato di Pronto Soccorso.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura corrisponde a quanto indicato al punto "Trattamenti fisioterapici riabilitativi" della sezione valida per il Quadro.

6.19. Cure termali

Il Piano sanitario prevede al rimborso delle spese sostenute per cure termali (sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) conseguenti a malattia o a infortunio, sempreché siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali.

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.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto. L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per fattura/persona. L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura corrisponde a quanto indicato al punto "Cure Termali" della sezione valida per il Quadro.

6.20. Protesi ortopediche e acustiche

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per fattura/persona.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura corrisponde a quanto indicato al punto "Protesi ortopediche e acustiche" della sezione valida per il Quadro.

6.21. Medicinali

UniSalute provvede al rimborso delle spese per medicinali, anche omeopatici, e composti galenici prescritti a seguito di malattia o infortunio.

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

- copia delle prescrizioni mediche nominative contenenti la patologia;
 - copia dei relativi scontrini fiscali su cui deve essere presente il nominativo del farmaco acquistato e il codice fiscale dell'assicurato
- se lo scontrino fiscale rilasciato dalla farmacia non contiene il nominativo del farmaco acquistato, devono essere allegate alla richiesta di rimborso le copie delle fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino denominazione e prezzo del farmaco oppure lo scontrino non fiscale da richiedere al farmacista con indicato il nominativo del farmaco acquistato.

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

Le spese sostenute dall'Isritto vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per l'insieme degli scontrini fiscali inviati in un'unica soluzione.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 500,00 per nucleo familiare.**

6.22. Cure oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche il Piano sanitario liquida le spese

relative a chemioterapia e terapie radianti (effettuate anche in regime di ricovero o day hospital). Si intendono inclusi in copertura le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura corrisponde a quanto indicato al punto "Cure oncologiche" della sezione valida per il Quadro.

6.23. Assistenza infermieristica domiciliare

Il Piano sanitario rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare nel limite di **€ 30,00** al giorno per un massimo di **60** giorni per nucleo familiare e anno assicurativo.

6.24. Lenti e occhiali

Il Piano sanitario rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura.

Le spese sostenute verranno rimborsate senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 150,00 per persona.

6.25. Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche

In deroga a quanto previsto al capitolo "Esclusioni del piano" al punto 2, UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta/psicologo iscritto all'albo.

Sono escluse le cure farmacologiche e le spese relative a ricoveri, anche obbligatori, finalizzate alla cura di malattie mentali.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione del numero di sedute effettuate.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 40,00** per ogni prestazione/seduta. L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni prestazione/persona. L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura corrisponde a quanto indicato al punto "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche" della sezione valida per il Quadro.

6.26. Prestazioni diagnostiche particolari

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

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Esami previsti per uomo e donna con età tra i 20 e i 30anni

Pacchetto esami

- alanina aminotransferasi (alt) (s)
- aspartato aminotransferasi (got) (s)
- colesterolo hdl
- colesterolo totale o colesterolemia
- creatinina (s/u/du/la)
- esame emocromocitometrico e morfologico completo

- gamma glutammil-transpeptidasi (gamma-gt) (s/u)
- glucosio (s/p/u/du/la) glicemia
- trigliceridi
- urea (s/p/u/du) azotemia
- urine: esame chimico, fisico e microscopico
- velocita' di sedimentazione delle emazie (ves)
- feci: ricerca del sangue occulto
- ptt (tempo di tromboplastina parziale)
- tempo di protrombina

**Esami previsti per uomo con età
tra i 31 e i 40 anni**

- Pacchetto esami
(vedi elenco sopra)
- Ecografia addome completo

**Esami previsti per donna con età
tra i 31 e i 40 anni**

- Pacchetto esami
(vedi elenco sopra)
- Ecografia addome completo
- Ecografia mammaria
- Pap test

**Esami previsti per uomo con età
tra i 41 e i 50 anni**

- Pacchetto esami
(vedi elenco sopra)
- Ecografia addome completo
- Psa
- Rx torace

**Esami previsti per donna con età
tra i 41 e i 50 anni**

- Pacchetto esami
(vedi elenco sopra)
- Ecografia addome completo
- Mammografia
- Pap test
- Rx torace

**Esami previsti per uomo con età
oltre i 50 anni**

- Pacchetto esami
(vedi elenco sopra)
- Ecografia addome completo
- Psa
- Rx torace
- Ecografia prostatica sovrapubica
- Coprocultura

**Esami previsti per donna con età
oltre i 50 anni**

- Pacchetto esami
(vedi elenco sopra)
- Ecografia addome completo
- Ecografia mammaria
- Mammografia
- Pap test
- Rx torace
- Coprocultura

* Per effettuare RX torace e mammografia è necessaria la prescrizione senza indicazione di patologia, indicante controllo - check up/prevenzione

Nell'eventualità che l'Isritto decida di effettuare solo alcune delle prestazioni previste dal pacchetto, dovrà obbligatoriamente effettuare la prenotazione contattando il numero verde della centrale operativa UniSalute, comunicando quali prestazioni intende effettuare. Così facendo non sarà più possibile per l'Isritto, nel corso della stessa annualità assicurativa, richiedere l'erogazione delle prestazioni a cui ha rinunciato.

6.27. Odontoiatria/ortodonzia

In deroga a quanto previsto al capitolo "Esclusioni del piano" al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative.

il Piano sanitario provvede inoltre al pagamento delle spese relative a prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

Per quest'ultime, per l'attivazione della copertura, è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **15%** che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto dell'emissione della fattura.

Attenzione!

Il servizio di prenotazione da sito non è attivo per la copertura “Prestazioni odontoiatriche”.

Per attivare il servizio è necessario recarsi presso uno studio odontoiatrico convenzionato ed effettuare la prima visita odontoiatrica specificando di essere un Assistito UniSalute.

Lo stesso dentista convenzionato inoltrerà - in autonomia - il piano di cure preventivato e la relativa prima visita a UniSalute, la quale verificherà le prestazioni indicate sullo stesso e autorizzerà quanto previsto dal tuo Piano sanitario.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 75,00** per fattura/persona. Nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura corrisponde a quanto indicato al punto “Prestazioni odontoiatriche” della sezione valida per il Quadro.

**SEZIONE VALIDA SIA PER IL TITOLARE
CHE PER IL RELATIVO NUCLEO FAMILIARE**

6.28. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente

6.28.1. Oggetto della copertura

UniSalute, nel limite della somma mensile di cui al successivo paragrafo “Somma garantita”, garantisce attraverso la propria rete di

strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo capitolo "Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza", sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'iscritto.

6.28.2. Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

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

6.28.3. Somma garantita

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Isritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 400,00 da corrispondersi per un massimo di 3 anni.**

6.28.4. Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Isritto il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

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

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Isritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo

0

2° grado

L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno 5

3° grado

L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno 10

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Iscritto è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo 0

2° grado

L'Iscritto necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi 5

3° grado

L'Iscritto necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi 10

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

L'Iscritto è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
(1) andare in bagno
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno 0

2° grado

L'Iscritto necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) 5

3° grado

L'Iscritto necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3) 10

SPOSTARSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Iscritto è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi 0

2° grado

L'Iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza 5

abituale solo con l'uso di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore

3° grado

L'iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi

10

CONTINENZA

PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è completamente continente

0

2° grado

L'iscritto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno

5

3° grado

L'iscritto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia

10

NUTRIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

0

2° grado

L'iscritto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

5

3° grado

L'iscritto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale

10

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà contattare la Centrale Operativa al **numero verde gratuito 800-009650** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 39 0516389046) e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'iscritto. UniSalute, intervistando telefonicamente l'iscritto, l'amministratore

di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dello stesso, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Società valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all'Isritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Isritto, o chi ne fa le veci, dovrà produrre la documentazione specificata successivamente. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

Nel caso in cui la Società riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'isritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'isritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Isritto o dai familiari.

Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, la Società, nei limiti della somma mensile garantita, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Isritto che nelle strutture stesse. All'isritto verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Società, quelle che verranno erogate con tariffe

agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Isritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Isritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Isritto, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Isritto, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

UniSalute procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, **esclusivamente in Strutture Convenzionate UniSalute**. La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Isritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate UniSalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del limite di spesa previsto, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Isritto, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Nel caso in cui la Società riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case

Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'iscritto o dai familiari.

Qualora l'iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate sopra, la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'iscritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate UniSalute utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste.

La Società si riserva la facoltà di sottoporre l'iscritto ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'iscritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, UniSalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Società, nei limiti della somma mensile garantita per la presente copertura.

Qualora invece le condizioni dell'iscritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dello stesso.

Nel caso in cui la Società non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'iscritto. Laddove il punteggio assegnato dalla Società al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di

redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'iscritto o dai familiari. Qualora l'iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate sopra, UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Qualora l'iscritto sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni indicate al precedente paragrafo, UniSalute provvederà a rimborsargli, nei limiti della somma mensile garantita per la presente copertura, esclusivamente la retta mensile.

6.28.5. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte di UniSalute

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'iscritto, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'iscritto, dovrà:

- a) chiamare il **numero verde gratuito 800-009650** (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 e ai servizi socio/sanitari disponibili.
- 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 copertura compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;

- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Isritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata 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);
- il 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'Isritto;
- 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'Isritto 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. Nel caso in cui l'Isritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto pattuito nel Piano sanitario, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Isritto.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza

consolidata/permanente”, **se l’Iscritto 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 al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente”, **se l’Iscritto è ricoverato in lunga degenza, 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’Iscritto, dovrà essere inviata a UniSalute.

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

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

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

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando il Piano sia ancora in vigore e:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall’ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi

nuovi che giustificino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Iscritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'Iscritto al riconoscimento di quanto pattuito nel Piano sanitario, con le modalità di cui ai successivi paragrafi, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Iscritto.

6.28.6. Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni indicate al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente" dà diritto all'Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma mensile garantita - entro i limiti previsti al punto "Somma garantita" - nelle forme di seguito indicate:

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente", avvalendosi quindi di strutture e/o di personale convenzionati con la UniSalute, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

Si precisa che, qualora l'iscritto opti per il pagamento diretto da parte della compagnia della badante, il contratto di assunzione della stessa

dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'iscritto oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'iscritto.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere a quest'ultimo né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture del Piano sanitario, eccedenti la somma garantita o non autorizzate da UniSalute.

Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: **UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna** dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'iscritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata 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);
- il 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'iscritto; 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'iscritto 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.

- Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Iscritto, 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.

6.28.7. 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'Iscritto, a controlli presso l'Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Iscritto. In caso di rifiuto da parte dell'Iscritto di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma prevista potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

6.29. Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009650** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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 UniSalute.

I seguenti servizi di consulenza e assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-212477, 24 h su 24, tutti i giorni, compresi i festivi; dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

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.

d) Invio di un medico

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

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

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

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

f) Trasferimento in centro medico specializzato e rientro

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

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica .

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

g) Assistenza infermieristica specializzata domiciliare

Qualora l'Assicurato/Beneficiario **sia stato ricoverato e sottoposto ad un intervento chirurgico, o abbia effettuato un ricovero medico per una grave patologia (vedere elenco patologie sotto riportate)**, la Centrale Operativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico di UniSalute, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'Istituto di Cura, provvede a fornire un'assistenza infermieristica o fisioterapica specializzata **per un massimo di 20 ore complessive esclusivamente nell'arco della prima settimana di convalescenza**. Tali ore possono essere usufruite senza soluzione di continuità o ad intervalli da concordarsi con il medico di UniSalute.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato/ Beneficiario, deve comunicare alla Centrale Operativa di UniSalute la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura.

In ogni caso, laddove la richiesta della prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio viene erogato solamente se sussistono i requisiti richiesti per la sua attivazione, e comunque entro 3 giorni dalla data della richiesta stessa.

L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:

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

- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Ustioni Gravi

h) Invio di un infermiere a domicilio

Nei casi di ricoveri che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche: La Compagnia provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

i) Invio di un fisioterapista a domicilio

Nei casi di:

- Traumi o fratture semplici;
- Riabilitazione cardiovascolare di base;

e con una situazione diagnosticata e indicata che comporti la necessità di prestazioni fisioterapiche, la Compagnia provvederà, ad inviare un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario **fino ad un massimo di € 155,00 per sinistro.**

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione

almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

All'estero

In collaborazione con **Ima Assistance**, Unisalute vi offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + **0516389046**.

l) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'iscritto o un componente del nucleo familiare necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 105,00 per sinistro.

m) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

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

n) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'iscritto o un componente del nucleo familiare si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto

dell'iscritto o di un componente del nucleo familiare in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'iscritto o di un componente del nucleo familiare tra quelli sottoelencati:

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

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

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

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'iscritto o a un componente del nucleo familiare di proseguire il viaggio.

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

7. ESCLUSIONI DAL 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 contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.

2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
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'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.
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'Assicurato;
12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
13. 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;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
15. le prestazioni 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.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Odontoiatria/Ortodonzia" il Piano non è operante per:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano non è operante per le conseguenze:

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
3. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
4. 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;

5. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
6. 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;
7. 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;
8. 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);
9. di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
10. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
11. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
12. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

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

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. Inclusioni/esclusioni

Le movimentazioni all'interno della presente copertura sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Inserimento di nuovi assistiti in data successiva all'effetto di polizza per nuove assunzioni

Le inclusioni di dipendenti di un'azienda già associata in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni o variazioni di qualifica. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto "Persone per cui è operante la copertura", primo capoverso, decorre dalle ore 24,00 del giorno

della relativa comunicazione alla Cassa sempreché questa comunicazione avvenga entro 30 giorni dalla data di assunzione.

Se la comunicazione alla Cassa viene fatta oltre 30 giorni dall'assunzione, la decorrenza delle prestazioni, con riferimento al giorno di presentazione della domanda di adesione avrà effetto per il dipendente e il nucleo familiare:

- dalle ore 24 dello stesso giorno per i casi di infortunio;
- dalle ore 24 del 90° giorno successivo per i casi di malattia;
- dalle ore 24 del 300° giorno per i casi di gravidanza.

2) Inclusione del nucleo familiare in un periodo successivo l'effetto di polizza del titolare

Se la richiesta di inserimento del proprio nucleo familiare (inteso come coniuge o convivente more/uxorio, figli, genitori e fratelli tutti risultanti dallo stato di famiglia) viene fatta dal titolare in un periodo successivo l'effetto della propria copertura, l'adesione dei familiari avverrà in occasione del rinnovo annuale. La decorrenza delle prestazioni per i nuovi familiari avverrà:

- dal 1° gennaio per i casi di infortunio;
- dal 1° aprile per i casi di malattia;
- dal 1° novembre per i casi di gravidanza.

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, 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 nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite mediante compilazione e invio alla Cassa dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data di avvenuta comunicazione alla Cassa sempreché questa venga fatta entro 30 giorni dalla variazione dello stato di famiglia, fermo restando quanto indicato al paragrafo "neonati". Superato il termine dei 30 giorni, si applica quanto indicato al punto 2) ovvero l'inserimento del nuovo familiare avverrà in occasione del rinnovo annuale e le prestazioni potranno essere usufruite con i periodi di carenza indicati sopra.

Nel caso in cui il dipendente, al momento del rinnovo annuale, decidesse di non confermare la propria adesione alla Cassa, perderà da tale momento il diritto all'erogazione delle prestazioni ed inoltre

non potrà più essere inserito fra i beneficiari delle prestazioni attraverso la stessa azienda.

Nel caso in cui il dipendente intendesse escludere il nucleo familiare indicato in precedenza deve darne comunicazione per iscritto alla Cassa almeno un mese prima della scadenza annuale; in tal caso il nucleo familiare non potrà più essere ammesso ad usufruire delle prestazioni assistenziali sanitarie.

4) Esclusione dai Fondi

La copertura è operante fino a che l'Assicurato risulti iscritto al Q.U.A.S.. Qualora, per qualunque motivo, perda il diritto al beneficio della copertura Q.U.A.S., il quadro e l'eventuale nucleo familiare assicurato verranno esclusi dal Piano con decorrenza dal momento di cessazione della garanzia Q.U.A.S.

8.2. 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.

8.3. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **76°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

8.4. 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. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Chirurgia del sistema nervoso periferico

- anastomosi vasi extra intracranici con innesto
- anastomosi endocranica dei nervi cranici
- asportazione dei processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti)
- asportazione di tumori dell'orbita
- asportazione di tumori ossei dalla volta cranica
- cordotomia e mielotomia percutanea
- correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale, subdurale ed epidurale
- derivazioni liquorali intra o extracraniche

- emisferectomia
- endoarterectomia della carotide e della vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasverso
- intervento per craniostenosi
- intervento per encefalomeningocele
- intervento per traumi cranio cerebrali
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- interventi sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore e posteriore
- interventi sul plesso brachiale
- laminectomia esplorativa o decompressione
- plastiche craniche per tessuti extracerebrali
- rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare
- trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e subdurale
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi e fistole)
- trattamento lesioni intramidollari
- somatotomia vertebrale
- spondilolistesi

Faccia e bocca

- asportazione della parotide per tumori maligni (parotidectomia totale)
- interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento
- ganglionare
- operazioni demolitrici per tumori del massiccio frontale con svuotamento orbitario
- resezione del mascellare superiore
- resezione della mandibola

Collo

- asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- gozzo retrosternale con mediastinotomia
- interventi per diverticolo dell'esofago

- interventi sulle paratiroidi
- linfektomia cervicale bilaterale
- resezione dell'esofago cervicale
- tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
- tiroidectomia totale

Addome (parete addominale)

- laparotomia esplorativa se per occlusione con resezione e/o sutura viscerale

Peritoneo

- exeresi di tumori retroperitoneali

Esofago

- esofagoplastica
- interventi per patologie benigne e maligne dell'esofago toracico

Stomaco

- cardioplastica
- gastrectomia totale e allargata
- intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- intervento per megaesofago ed esofagite da reflusso
- resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- resezione gastrica
- sutura di perforazioni gastriche ed intestinali

Intestino

- colectomia parziale e totale
- enteroanastomosi
- resezione del tenue

Fegato e vie biliari

- derivazioni biodigestive
- drenaggio di ascesso epatico
- interventi chirurgici per ipertensione portale
- interventi per echinococcosi
- interventi sulla papilla di Vater
- resezione epatica (emiepatectomia)

Retto-ano

- interventi per neoplasie a retto-ano anche per via addominoperineale
- megacolon
- proctocolectomia totale

Pancreas e milza

- interventi per cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche
- interventi per neoplasie pancreatiche
- interventi per pancreatite acuta e cronica
- splenectomia

Parete toracica

- interventi per tumori maligni della mammella
- trattamento di traumi parietali

Mediastino

- interventi per ascessi
- interventi per tumori

Polmone

- interventi per echinococchi
- interventi per ferite, ascessi, fistole
- interventi per tumori della trachea
- pneumectomia
- resezioni segmentarie e lobectomia
- trapianto di polmone

Cardiochirurgia

- a) interventi a cuore chiuso
- applicazione di pace-maker
- atriostomia per trasposizione dei grandi vasi
- commissuratomia per stenosi mitralica
- correzione di coartazione aortica: resezione aorto-plastica, protesi dracon, patch dracon, bay-pass dracon
- derivazioni aorto-polmonari tipo Blalcek - Waterstone - Potts
- fistole artero - venose del polmone
- pericardiectomia per pericarditi costrittive

- valvulotomia della polmonare secondo Brook
- b) interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati
 - anuloplastica valvola singola
 - by-pass aorto coronarico singolo
 - correzione di difetto del setto interventricolare
 - correzione del difetto interatriale
 - correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma
 - embolectomia della polmonare
 - sostituzione di valvola singola: aortica, mitralica, tricuspide
- c) interventi a cuore aperto per difetti complessi e complicati
 - aneurismi aorta addominale con obbligo di bay-pass circolatorio
 - aneurismi aorta toracica
 - asportazione di tumori intracardiaci
 - by-pass aorto-coronarici multipli
 - contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
 - correzione canale atrioventricolare completo
 - correzione impianto anomalo coronarie
 - correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
 - correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
 - correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
 - correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche
 - stenosi aortiche infundibolari e sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa, con "debanding", con insufficienza aortica
 - finestra aorto-polmonare
 - fistole arterovenose polmonari
 - intervento in ipotermia per coartazione aortica
 - interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio
 - resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto

- riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- sostituzioni valvolari multiple
- sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico

Chirurgia vascolare

- interventi per aneurismi delle arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico,
- iliache
- interventi per innesti di vasi
- interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- operazioni sull'aorta toracica ed addominale

Chirurgia pediatrica

- atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare e abbassamento addomino perineale
- atresia dell'ano semplice con abbassamento addomino perineale
- atresia dell'esofago
- cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- cranio bifido con meningo encefalocele
- fistola dell'esofago
- fistola e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale idrocefalo ipersecretivo
- megauretere con resezione e sostituzione di ansa intestinale
- megacolon con operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- occlusione intestinale
- polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- teratoma sacrococcigeo
- torace ad imbuto e/o carenato
- trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

Ortopedia e traumatologia

- artrodesi per via anteriore e/o posteriore con o senza impianti
- artoprotesi di anca
- artoprotesi di ginocchio
- artoprotesi di gomito
- asportazione di tumori ossei
- corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- disarticolazione interscapolo-toracica
- discectomia per via anteriore per ernia cervicale
- discotomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- emiartroplastica
- emipelvectomia
- endoprotesi di Thompson
- interventi per costola cervicale
- laminectomia decompressiva per neoplasie
- osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- osteosintesi di omero
- osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- osteosintesi vertebrale
- protesi cefalica di spalla
- protesi di polso
- protesi totale di displasia d'anca
- protesi totale di spalla
- pulizia focolai osteici
- resezioni artrodiafisarie di ginocchio
- resezioni complete di spalla con salvataggio dell'arto
- resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciale
- resezioni del radio distale con trapianto articolare perone proradio
- resezione del sacro
- resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- scapulopessi
- trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- uncoforaminotomia

- vertebrotomia

Tendini, muscoli, aponevrosi

- plastiche riparatrici ricostitutive degli arti per lesioni alle superfici flessorie ed estensorie
- pollicizzazione del 2° o altro dito
- ricostruzioni tendinee polso e mano
- sindesmotomia
- tenoraffie complesse

Rene

- nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- nefrotomia bivalve in ipotermia
- resezione renale con camplaggio vascolare
- surrenalectomia

Uretere

- ureteroileoanastomosi mono e bilaterale

Vescica

- cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- cistoprostatovescicolectomia con ureteroileou-retroanastomosi
- cistoprostatovescicolectomia con uretrosigmoidostomia
- emitrigonectomia
- plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

Apparato genitale maschile

- orchietomia allargata per tumore maligno (comprensivo di linfoadenectomia
- retroperitoneale bilaterale)
- prostatectomia radicale

Apparato genitale femminile

- intervento radicale per carcinoma ovarico
- isterectomia radicale con linfoadenectomia per tumori maligni per via addominale o
- vaginale
- creazione operatoria di vagina artificiale

- vulvectomia allargata con linfoadectomia

Cornea

- cheratomilleusi
- epicheratoplastica
- odontocheratoprotesi

Operazioni per glaucoma

- iridocicloretrazione
- trabulectomia

Retina

- resezione sclerale

Cristallino

- asportazione di cataratta ed introduzione di cristallino artificiale
- vitrectomia

Orecchio

- anastomosi e trapianti nervosi
- asportazione di tumori dell'orecchio medio
- asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- atresia auris congenita: ricostruzione
- chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- neurinoma dell'VIII paio
- ricostruzione della catena ossiculare
- sezione del nervo cocleare
- sezione del nervo vestibolare
- timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)

Naso e seni paranasali

- asportazione di tumori maligni del naso e dei seni
- intervento per fibroma duro rinofaringeo

Cavo orale e faringe

- asportazione di tumori maligni con svuotamento latero cervicale

Laringe

- interventi per la paralisi degli abducenti

- laringectomia ricostruttiva
- laringectomia sopraglottica
- laringectomia totale
- laringofaringectomia

Trapianti di organi

- tutti i trapianti di organi (esclusi trapianti di cute aventi finalità estetica e i trapianti di capelli)

