



Nomenclatore delle prestazioni

Piano sanitario FASA
Dipendenti

Edizione aggiornata 2025

1. PRESTAZIONI

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Iscritto per:

SEZIONE PRIMA:

PRESTAZIONI DI RICOVERO

- ricovero in istituto di cura;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia, oculistica, endoscopie operative e biopsie;
- trapianti;
- parto e aborto;
- neonati;
- anticipo dell'indennizzo;
- indennità giornaliera;
- diagnosi comparativa nel periodo di pre ricovero;
- ospedalizzazione domiciliare;

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA RICOVERO

- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- video consulto per visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi:
 - a seguito di infortunio sul lavoro;
 - a seguito di infortunio extra-lavorativo e per alcune malattie;
- pacchetto maternità;
- protesi/ausili medici ortopedici ed acustici;

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure dentarie da infortunio;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero
- implantologia;

PREVENZIONE

- esami di laboratorio;
- prevenzione oncologica;
- prevenzione specialistica specifica;

SERVIZI AGGIUNTIVI

- monitor salute;
- prestazioni a tariffe agevolate.

SEZIONE SECONDA:

- stati di non autosufficienza consolidata/permanente;

- stati di non autosufficienza temporanea;
- servizi di consulenza e assistenza.

2. ISCRITTI

Il Piano Sanitario è prestato a favore dei lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare, regolarmente iscritti al Fondo FASA.

NB: Si precisa che qualora ci siano due coniugi o conviventi more uxorio entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, dovranno essere inseriti entrambi come titolari e non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari. I figli fiscalmente a carico invece potranno risultare beneficiari di entrambe le coperture dei genitori.

SEZIONE PRIMA

PRESTAZIONI DI RICOVERO

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. La garanzia è prestata **nel limite di € 100,00 al giorno per ogni giorno di ricovero**.

f) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), **trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali** (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero**, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; **i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico**. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 DAY-HOSPITAL

La garanzia è operante in caso di **day-hospital con intervento chirurgico**.

La garanzia è altresì operante in regime di **day-hospital medico per cure e terapie di patologia oncologica, per dialisi o per biopsia**.

Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli sopra indicati.

Nel caso di day-hospital come sopra definito, il Piano sanitario provvede al **pagamento delle spese** per le prestazioni previste **al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura"** con i relativi limiti in esso indicati.

Per quanto concerne le cure oncologiche e le dialisi, la garanzia si intende altresì operante nel caso in cui le terapie siano state effettuate in regime ambulatoriale.

Ai fini liquidativi è necessario che la documentazione riporti espressamente l'effettuazione di una "terapia" sia essa oncologica o per dialisi.

3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA, OCULISTICA, ENDOSCOPIE OPERATIVE E BIOPSIE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia, oculistica, endoscopie operative e biopsie il Piano Sanitario provvede al **pagamento delle spese** per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" **lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero"** con i relativi limiti in essi indicati.

NB:

➔ In caso di **interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia** la garanzia opererà in presenza di **situazioni patologiche refertate dallo specialista** che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei etc.)

- ➔ In caso di **intervento per la correzione della miopia**, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, la garanzia opererà soltanto in **presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchietto dell'oculista** riportante l'**indicazione delle diottrie**.
- ➔ Nel caso di **endoscopie operative** (es. colonscopie, gastroscopie, isteroscopie, mapping prostatico etc.), il Piano Sanitario provvede al **pagamento delle spese** per le prestazioni fino al **limite massimo annuo di € 2.000,00** per persona.
- ➔ In caso di **interventi chirurgici ambulatoriali diversi da quelli di dermatologia e oculistica** si intende rientrante in copertura **solo il costo della biopsia** eventualmente effettuata.

3.4 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, **il Piano Sanitario liquida le spese previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.**

Durante il **pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici** mirati alla prevenzione del rigetto. **Nel caso di donazione da vivente**, la garanzia assicura le spese sostenute per **le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.**

3.5 PARTO E ABORTO

3.5.1 PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di **parto cesareo, aborto terapeutico e spontaneo**, il Piano Sanitario provvede al **pagamento delle spese** per le prestazioni di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" **lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero".**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per persona** (da intendersi come **sottolimito del massimale di cui al punto 3.12 "Massimale assicurato"**).

3.5.2 PARTO NATURALE

In caso di **parto naturale**, il Piano Sanitario provvede al **pagamento delle spese** per le prestazioni di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" **lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"**; relativamente alle **prestazioni "post-ricovero"** vengono garantite **due visite di controllo** effettuate nel periodo successivo al parto nei **limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura", lettera f) "Post-ricovero"**.

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per persona** (da intendersi come **sottolimito del massimale di cui al punto 3.12 "Massimale assicurato"**).

3.5.3 RIMBORSO DI UNA VISITA ANESTESIOLOGICA PER PARTO E ABORTO

Per i casi previsti ai precedenti punti 3.5.1 “Parto cesareo, aborto terapeutico e spontaneo” e 3.5.2 “Parto naturale” è **previsto in copertura il rimborso di una visita anestesiological preparatoria**. Il costo della prestazione è ricompreso all'interno dei massimali indicati.

3.6 NEONATI

Il Piano Sanitario provvede al **pagamento delle spese per interventi effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite**, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero. **La copertura decorrerà dal primo giorno di vita del neonato.**

3.7 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'Iscritto di richiedere un **anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 70% delle stesse**, previa contestuale presentazione al Fondo di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa e della documentazione relativa al ricovero, si procederà al relativo conguaglio.

3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso **le spese** relative ai servizi erogati **vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie convenzionate, con l'applicazione di uno scoperto del 25%, ad eccezione delle seguenti:**

- **punto 3.11 “Ospedalizzazione domiciliare”** che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata **nei limiti previsti al punto indicato;**
- punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura”:
 - **lett. a) “Pre ricovero”**

che viene rimborsato integralmente;

- punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura”:
 - **lett.f) “Post ricovero”**

che viene liquidato integralmente.

b) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute

In questo caso **le spese** relative alle prestazioni effettuate vengono **rimborsate** dal Piano Sanitario **con uno scoperto del 35% ad eccezione dei seguenti:**

- punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura”:

- **lett. e) “Accompagnatore”**

che viene rimborsata all’Iscritto nel limite previsto al punto indicato;

- punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura”:

- **lett. a) “Pre ricovero”**
 - **lett. f) “Post ricovero”**

che vengono rimborsati integralmente.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., **verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 “Indennità giornaliera”**. Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati.

Qualora l’Iscritto sostenga, durante il ricovero, delle **spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari**, **il Piano sanitario rimborserà integralmente** quanto anticipato dall’Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti; **in questo caso non verrà corrisposta l’“indennità giornaliera”**.

Qualora il ricovero avvenga **in regime di libera professione intramuraria** con relativo onere a carico dell’Iscritto, **le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. b) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.**

3.9 INDENNITÀ GIORNALIERA

La presente garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata. **L’Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per le prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un’indennità** per ogni giorno di degenza di:

a) € 50,00 per ogni notte di degenza

- **Per i ricoveri chirurgici**, è corrisposta con l’applicazione di due notti di franchigia e per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.
- **Per i ricoveri medici**: con l’applicazione di due notti di franchigia per un periodo non superiore a 90 giorni per evento, ad esclusione dei ricoveri medici per patologie oncologiche per i quali l’indennità verrà erogata dal primo giorno di ricovero.

b) € 50,00 per ogni giorno di degenza

- **Per i day-hospital chirurgici e per i day-hospital medici per cure e terapie di patologia oncologica, per dialisi o per biopsia**: corrisposta a partire dal primo giorno per un massimo di 50 giorni per evento. Sono esclusi tutti i day-hospital medici diversi da quelli per cure e terapie di patologia oncologica, per dialisi o per biopsia, l’Iscritto potrà fruire dell’indennizzo descritto solo in alternativa a quanto previsto al punto 4 “Alta Specializzazione”.

c) L’Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) si intende equiparata a tutti gli effetti al Ricovero e viene pertanto indennizzata ai sensi di quanto previsto dal precedente punto a).

d) € 70,00 per ogni notte di degenza

- **Per i ricoveri per parto naturale, cesareo, aborto terapeutico e spontaneo**, con l’applicazione di una notte di franchigia per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.

3.10 DIAGNOSI COMPARATIVA NEL PERIODO DI PRE-RICOVERO

UniSalute mette a disposizione degli Iscritti la facoltà di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-009619** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, l'Iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

UniSalute mette a disposizione dell'Iscritto i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors[®] e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors[®], metterà in contatto l'Iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors[®] ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Iscritto.
3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors[®], provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Iscritto laddove necessario. Best Doctors[®] supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors[®] consentirà all'Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

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

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

- **Ictus**
- **Ustioni Gravi**

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

3.11 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

UniSalute, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, **mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica**. 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, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 10.000,00** per persona.

3.12 MASSIMALE

Il **massimale annuo** previsto per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 300.000,00** per persona.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA RICOVERO

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

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

- **Angiografia**
- **Artrografia**
- **Biopsia**
- **Broncografia**
- **Chemioterapia**
- **Cisternografia**

- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia/Radioterapia
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Elettroencefalografia
- Endoscopia diagnostica
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- TAC
- Wirsungrafia

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime con **l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto con **l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 25.000,00** per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per **visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite e degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**

Rientra in garanzia **esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.**

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

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime con **l'applicazione di una franchigia di € 30,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.**

- ➔ Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private convenzionate con UniSalute:
 - Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato;
- oppure

- Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento diagnostico invasivo verrà applicata un'unica franchigia pari a € 30,00 sulle due prestazioni, purché le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste alla centrale operativa.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con:

- **l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni visita specialistica;**
- **l'applicazione di una franchigia di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico.**

La presente modalità di indennizzo opera anche qualora la visita specialistica sia effettuata a distanza.

➔ Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute:

- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato,

oppure

- Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento diagnostico invasivo, verrà applicata un'unica franchigia pari a € 40,00 sulle due prestazioni, purché il rimborso delle 2 prestazioni sia richiesto dall'Iscritto con un solo invio e che le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste dal medico curante.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

➔ Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate esclusivamente presso il Servizio Sanitario Nazionale:

- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato;

oppure

- Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento invasivo, verrà applicata un'unica franchigia pari a € 20,00 sui ticket emessi a fronte delle due prestazioni, purché il rimborso delle 2 prestazioni sia richiesto dall'Iscritto con un solo invio e che le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste dal medico curante.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 7.000,00** per persona.

6. VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE

UniSalute garantisce la possibilità di ottenere un video consulto per le prestazioni incluse nell'elenco sotto riportato, al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato.

Viene garantito un confronto diretto con lo specialista in tutti i casi in cui non sia necessario un contatto fisico, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti.

Per poter usufruire della garanzia, l'Iscritto dovrà contattare la Centrale Operativa UniSalute, contattando il numero verde **800-009619**, per richiedere la prenotazione del video consulto con professionisti specializzati. Al fine dell'attivazione è necessario fornire un indirizzo email al quale verrà inviato il link a cui è possibile collegarsi per il video consulto, utilizzando il proprio computer o un dispositivo mobile, smartphone o tablet (è importante avere a disposizione le ultime versioni di Google Chrome o Mozilla Firefox).

Durante il video consulto è consigliabile tenere a portata di mano i seguenti documenti da condividere con il medico:

- un documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto);
- i referti in formato elettronico di esami precedenti riferibili alla medesima prestazione;
- la prescrizione del medico curante relativa alla prestazione richiesta

Il Servizio è prestato esclusivamente nei centri convenzionati con UniSalute.

Il Servizio di video consulto è **prestato per un massimo di 3 prestazioni all'anno per persona**.

ELENCO DEI SERVIZI DI "VIDEO CONSULTO"	
-	ALLERGOLOGICO
-	ANGIOLOGICO
-	CARDIOLOGICO
-	CHIRURGICO
-	DERMATOLOGICO ANCHE PEDIATRICO
-	EMATOLOGICO
-	ENDOCRINOLOGICO
-	FISIATRICO
-	GASTROENTEROLOGICO
-	GINECOLOGICO ANCHE PEDIATRICO
-	NEFROLOGICO
-	NEUROCHIRURGICO
-	NEUROLOGICO
-	NEUROPSICHIATRA INFANTILE
-	OCULISTICO
-	ORTOPEDICO ANCHE PEDIATRICO
-	OTORINOLARINGOIATRICO ANCHE PEDIATRICO
-	PEDIATRICO
-	PNEUMOLOGICO
-	REUMATOLOGICO
-	SENOLOGICO
-	UROLOGICO

7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni sottoindicate corrisponde a **€ 1.000,00** per persona con un **sottomassimale** pari a **€ 500,00** per le prestazioni di cui al punto **7.2 “TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO EXTRA-LAVORATIVO E PER ALCUNE MALATTIE”**.

7.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO SUL LAVORO

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per i **trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio sul lavoro, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza sia del certificato di Pronto Soccorso sia della denuncia dell'infortunio che il Datore di lavoro ha presentato all'INAIL, sempreché siano prescritti dal medico “di base” o dallo 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.**

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

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a strutture sanitarie o personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per ticket.

7.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO EXTRA-LAVORATIVO E PER ALCUNE MALATTIE

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per i **trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.**

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale

- **Artroprotesi d'anca**
- **Protesi ginocchio**
- **Patologie polmonari**

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

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con **l'applicazione di uno scoperto del 10% per fattura**.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura**.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per ticket**.

8. PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia:

- **n°4 visite di controllo ostetrico ginecologico** (elevate a n°6 per gravidanza a rischio);
- **ecografie;**
- **ecocardiografia fetale;**
- **analisi clinico chimiche;**
- **amniocentesi o villocentesi:** per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età < 35 anni sono riconosciute solo nel caso di **malformazione familiare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette**.

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

Nel caso in cui l'Iscritta si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, il Piano Sanitario **rimborsa integralmente le spese sostenute**.

Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario **rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico nel limite del massimale assicurato**.

Il **massimale annuo** previsto per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 1.000,00** per persona.

9. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

Il Piano Sanitario rimborsa le spese per l'**acquisto** di protesi o il **noleggio di protesi ortopediche e acustiche**. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che **appositamente prescritti e con indicazione della motivazione**, quali:

- Carrozzelle
- Stampelle
- Tripodi
- Plantari
- Corsetteria
- Apparecchi acustici
- Deambulatori
- Quadripodi
- Appoggio (bastone) antibrachiale
- Tutori
- Busti
- Collari
- Sollewapersone
- **Letti Ortopedici Speciali** (*prescrivibili da medico curante con indicazione specifica della necessità di tale ausilio, comportante la degenza senza soluzione di continuità*)

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **scoperto del 20%** e con un **minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona**.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 1.500,00** per persona.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art.24 "Esclusioni", Il Piano Sanitario provvede al pagamento del "**pacchetto**" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile **una volta l'anno e con l'applicazione di uno scoperto del 30% presso strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa** previa prenotazione.

Le prestazioni sotto indicate che costituiscono il "pacchetto", sono erogate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- **Visita specialistica odontoiatrica;**
- **Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.**

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

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

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 35,00.

11. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. 24 "Esclusioni" al punto t), il Piano Sanitario liquida all'Iscritto le spese sostenute per **prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio** con le modalità sottoindicate.

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

- **radiografie e referti radiologici;**
- **referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma** e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

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

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute, il Piano Sanitario **rimborsa integralmente le spese sostenute.**

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario **rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite del massimale assicurato.**

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 2.000,00** per persona.

12. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art.24 "Esclusioni", il Piano Sanitario liquida le spese sostenute per gli **interventi chirurgici odontoiatrici, comprese le prestazioni d'implantologia dentale, conseguenti alle seguenti patologie:**

- **adamantinoma**
- **ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare**
- **cisti follicolari**
- **cisti radicolari**
- **odontoma**
- **rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare**

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

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute, il Piano Sanitario **rimborsa integralmente le spese sostenute.**

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate **integralmente.**

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

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione consiste in:

- **radiografie e referti radiologici per rimozione d'impianto dislocato nel seno mascellare e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare**, rilasciati e firmati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- **radiografie e referti radiologici** rilasciati e firmati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica e **referti istologici** rilasciati e firmati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per **cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.**

Le spese sostenute vengono liquidate **nel limite annuo di € 5.000,00** per persona.

13. IMPLANTOLOGIA

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni per **impianti osteointegrati e per le relative corone fisse.**

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di **1, 2, 3 o più impianti**, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i con le modalità specificate nei successivi punti 13.1, 13.2 e 13.3.

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

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura **dovesse superare il massimale annuo previsto**, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute oppure nel caso l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario **rimborsa integralmente le spese sostenute**.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per gli impianti, l'Iscritto dovrà inoltrare anche le **radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti**.

Il **massimale annuo** per il complesso delle prestazioni di implantologia dentale corrisponde a **€ 990,00** per persona.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute oppure nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la garanzia si intende operante nel limite di un **sottomassimale annuo di € 585,00** per persona.

13.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

La presente garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nei limiti indicati all'art.13 "Implantologia"**.

Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura **dovesse superare il massimale annuo previsto**, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 13.2 "Applicazione di due impianti" oppure la garanzia di cui al punto 13.3 "Applicazione di un impianto", si

rendesse necessario l'innesto di tre o più impianti, le spese verranno liquidate nell'ambito del massimale di € 990,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute oppure nel caso l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano sanitario rimborsa integralmente le spese sostenute nel limite di un sottomassimale annuo di € 585,00 per persona.

13.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

La presente garanzia opera nel caso di applicazione di 2 impianti previsti dal medesimo piano di cura, nel limite di un sottomassimale annuo di € 630,00 per persona.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nei limiti sopra indicati.

Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale annuo previsto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 13.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 630,00 previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute oppure nel caso l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano sanitario rimborsa integralmente le spese sostenute nel limite di un sottomassimale annuo di € 360,00 per persona

13.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

La presente garanzia opera nel caso di applicazione di 1 impianto previsto dal piano di cura, nel limite di un sotto-massimale annuo di € 360,00 per persona.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, nei limiti sopra indicati.**

Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura **dovesse superare il massimale annuo previsto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto** alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie private o personale non convenzionati con UniSalute oppure nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Piano Sanitario **rimborsa integralmente** le spese sostenute **nel limite di un sottomassimale annuo di € 180,00** per persona.

PREVENZIONE

14. ESAMI DI LABORATORIO

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate **una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa** previa prenotazione, con **l'applicazione di una franchigia di € 30,00**. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di **familiarità**.

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

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

Accertamenti di prevenzione per le donne:

- Calcitonina.

Accertamenti di prevenzione per gli uomini:

- **PSA (Specifico antigene prostatico).**

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 40,00.

15. PREVENZIONE ONCOLOGICA

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate **una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa** previa prenotazione, con l'applicazione di una franchigia di **€ 30,00**. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di **familiarità**.

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

Prevenzione oncologica DONNA con età > o = 40 anni:

Accertamenti previsti:

- **Esame emocromocitometrico, Ves, Ca 125, esame urine;**
- **Visita ginecologica + pap-test;**
- **Ecografia dell'apparato genitale femminile per via transvaginale;**
- **Visita senologica;**
- **Eco-mammaria**

o in alternativa

- **Esame mammografico bilaterale (*erogabile solo con prescrizione medica*)**

Prevenzione oncologica UOMO con età > o = 45 anni:

Accertamenti previsti:

- **Esame emocromocitometrico, Ves, esame urine e Dosaggio PsA;**
- **Visita specialistica urologica ed Ecografia prostatico vescicale transrettale.**

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 170,00.

16. PREVENZIONE SPECIALISTICA SPECIFICA

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate **una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa** previa prenotazione, con l'applicazione di una franchigia di **€ 30,00 per singolo pacchetto**.

L'Iscritto può scegliere di effettuare **UNO DEI CINQUE pacchetti** di prestazioni di prevenzione sottoelencati alternativi tra loro.

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**, fermo che esse **sono facoltative e non obbligano l'Iscritto né alcuna conseguenza potrà derivare dalla loro mancata esecuzione, anche parziale.**

16.1 PREVENZIONE PNEUMOLOGICA

Accertamenti previsti sia per gli **uomini che per le donne con età > o = 35 anni:**

- **Visita specialistica pneumologica;**
- **Spirometria di base (CV O CVF, VEMS, MVV).**

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 70,00.

16.2 PREVENZIONE ANGIOLOGICA

Accertamenti previsti sia per gli **uomini che per le donne con età > o = 50 anni:**

- **Visita specialistica angiologica;**
- **Ecodoppler arti inferiori venoso e arterioso.**

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 130,00.

16.3 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Accertamenti previsti sia per gli **uomini che per le donne con età > o = 40 anni:**

- **Visita specialistica cardiologica;**
- **Ecg basale o Ecg da sforzo.**

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 70,00.

16.4 PREVENZIONE DERMATOLOGICA

Accertamenti previsti sia per gli **uomini che per le donne:**

- **Visita specialistica dermatologica;**

- **Mappatura dei nei in epiluminescenza.**

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 110,00.

16.5 PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA

Accertamenti previsti sia per gli **uomini che per le donne con età > o uguale a 50 anni:**

- **Visita specialistica gastroenterologica;**
- **Ecografia addome superiore.**

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate all'interno della provincia di residenza dell'Iscritto, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 45,00.

SERVIZI AGGIUNTIVI

17. SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con UniSalute Servizi S.r.l., società controllata da UniSalute S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 45 anni.

Per attivare il Servizio, l'Iscritto, dovrà accedere alla sezione Monitor salute presente sul sito del Fondo. L'Iscritto dovrà quindi collegarsi al sito dedicato all'iniziativa, inserire il proprio codice fiscale, e compilare il questionario.

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, UniSalute Servizi S.r.l. provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi.

UniSalute, che interviene in qualità di Centro Servizi ai sensi della normativa sulla Telemedicina, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Iscritto avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nel punto 17.1 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere informazioni sul servizio, **l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800169009.**

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

17.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nell'Art.17 "Monitor Salute", il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per **visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche** da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sotto indicate.

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

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

Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una **provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, **le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario **rimborsa integralmente i tickets sanitari** a carico dell'Iscritto.

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 300,00** per persona.

18. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

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

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

SEZIONE SECONDA

19. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA E PERMANENTE

19.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

In aggiunta a quanto già previsto dal piano in corso e garantito per il tramite del Fondo, ossia in aggiunta al rimborso delle spese sanitarie ed assistenziali sostenute alle condizioni previste con gli articoli successivi, **UniSalute garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate il pagamento diretto e l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza**, per un valore corrispondente alla somma garantita all'Iscritto quando questi si trovi, **in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza**, in uno **stato di non autosufficienza** come indicato al successivo art.19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza **consolidata/permanente**".

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

19.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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

- 1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.**
- 2. Aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%.**
- 3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.**
- 4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di 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.**

19.3 MASSIMALE MENSILE

La **somma mensile** garantita nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo art. 19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente" corrisponde a € **1.000,00** da corrispondersi per una **durata massima di 3 anni**.

19.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

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

- **soddisfare la propria igiene personale** (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- **nutrirsi** (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- **spostarsi** (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- **coprire** (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali),

e necessari in modo costante:

- o dell'**assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio**;
- o di **sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento** prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto che sia **affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer**, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessari in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

19.5 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di polizza (art.19.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente") dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), **800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30** e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del massimale mensile previsto all'art.19.3 e previa valutazione di UniSalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

UniSalute intervistando telefonicamente l'Iscritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima

valutazione del caso. In questa fase, qualora UniSalute 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'Iscritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Iscritto, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, dovrà **produrre idonea documentazione sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, UniSalute 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.**

1) Nel caso in cui UniSalute riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'Iscritto 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'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 sotto elencate, UniSalute, nei limiti del massimale mensile di cui all'art. 19.3, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Iscritto che nelle strutture stesse.

All'Iscritto 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 di UniSalute, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Iscritto, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Iscritto, 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 con UniSalute stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

UniSalute 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 con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Iscritto, 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 idonea documentazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui UniSalute 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 al punto 1), 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, idonea documentazione che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

UniSalute 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 con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

UniSalute 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 di UniSalute, nei limiti del massimale mensile.

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

3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Iscritto.

Laddove il punteggio assegnato da UniSalute 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 al punto 1), 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 assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

4) Qualora l'Iscritto sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), UniSalute provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto all'art. 19.3, esclusivamente la retta mensile.

20. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

20.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

UniSalute garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Iscritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo art. 20.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea".

20.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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

1. **Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:**
 - a) spostarsi,
 - b) lavarsi,
 - c) vestirsi,
 - d) nutrirsi.
2. **Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%**
3. **Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata** (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di 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. **Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica**

20.3 SOMMA ASSICURATA

La **somma mensile** garantita nel caso in cui l'Isritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo art. 20.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea" corrisponde a **€ 1.000,00** da corrispondersi per una **durata massima di 6 mesi**.

20.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

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

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

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

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

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

21. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla **Centrale Operativa di UniSalute** telefonando al **numero verde nazionale 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30**.

Dall'estero occorre comporre il seguente **numero verde 00800-39009619**, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente **numero a pagamento: 0039514185619**.

a) Informazioni generiche sul contratto

Le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Struttura Organizzativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.

a) Pareri medici immediati

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

b) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, l'Iscritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

c) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Se l'Iscritto, dopo il Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio o di malattia improvvisa, necessiti di trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura Organizzativa 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.

d) Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

Qualora l'Iscritto, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Iscritto e i medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Iscritto e d'intesa con il medico curante, riscontrino che l'Iscritto necessiti:

- di un Ricovero presso un altro Istituto di Cura più specializzato;
- di un Ricovero presso un Istituto di Cura più vicino alla propria abitazione in Italia, nel caso in cui l'Iscritto si trovi all'estero.

La Struttura Organizzativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Iscritto al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni.

Il trasporto, secondo la gravità del caso, può essere effettuato con:

- treno in prima classe e se necessario con cuccetta o vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso;
- aereo di linea anche barellato;
- aereo sanitario, limitatamente all' Europa.

In caso di Malattia improvvisa manifestatasi all'estero, il trasporto sanitario opera se la Malattia è in fase acuta e non è nota all'Iscritto.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura Organizzativa.

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

All'estero

In collaborazione con Unipol Assistance S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

a) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia improvvisa o di infortunio, l'Iscritto necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di euro 1500 per sinistro.

La garanzia opera se non sia già presente sul posto un altro familiare maggiorenne.

b) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Iscritto abbia necessità per la terapia del caso di speciali medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa 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.

Sono esclusi dalla prestazione i medicinali salva vita

c) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Iscritto in

ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Iscritto tra quelli sotto elencati:

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

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

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

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

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

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

Qualora l'Iscritto, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

22. DURATA

Il Piano Sanitario ha durata BIENNALE e scade alle ore 00 del 01/01/2027.

23. ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano Sanitario vale in tutto il mondo.

24. ESCLUSIONI

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese per:

- a) L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del piano;
- b) Qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione, salvo quanto previsto agli artt. 8 "Pacchetto maternità", art. 10 "Prestazioni odontoiatriche particolari", art. 14 "Esami di laboratorio", art. 15 "Prevenzione oncologica" e art. 16 "Prevenzione specialistica specifica";
- c) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

- d) La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia salvo quanto previsto al punto 3.3 "Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia, oculistica, endoscopie operative e biopsie";
- e) L'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- f) Cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 200 giorni successivi allo stesso;
- g) Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- h) Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Iscritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- i) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- j) gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- k) Aborto volontario non terapeutico;
- l) 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);
- m) Le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) salvo quanto previsto all'art. 9 "Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici";
- n) Trattamenti sclerosanti;
- o) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto all'art.7 "Trattamenti fisioterapici riabilitativi" e al punto f) "Post ricovero" di cui all'art. 3 "Ricovero");
- p) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopiradio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
- q) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- r) Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- s) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- t) Le prestazioni e gli interventi inerenti alla diagnosi, alla prevenzione ed alla terapia delle malattie, degli infortuni e delle anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché a qualsiasi prestazione e intervento avente come fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatico, salvo quanto espressamente previsto nei singoli artt. di polizza.
- u) le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste all'art.19 "Stati di non autosufficienza consolidata e permanente" e all'art. 20 "Stati di non autosufficienza temporanea", l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;

- c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- d) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Iscritto di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- h) di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i) di partecipazione attiva dell'Iscritto ad atti criminali;
- j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- l) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

25. LIMITI DI ETÀ

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato **fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Iscritto**, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale.