



Nomenclatore delle prestazioni

Piano sanitario FASA
Familiari dei dipendenti

Edizione 2026

1. PRESTAZIONI

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

- ricovero in istituto di cura;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica;
- trapianti;
- parto e aborto;
- anticipo dell'indennizzo;
- indennità giornaliera;
- diagnosi comparativa nel periodo di pre ricovero;
- ospedalizzazione domiciliare;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza e assistenza.

2. ISCRITTI

Il Piano sanitario è prestato a favore dei coniugi o conviventi more uxorio e dei figli, questi ultimi solo se fiscalmente a carico, risultanti da stato di famiglia di 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.

Possono altresì essere inclusi nella presente copertura:

- i **figli** del/della dipendente non presenti sul medesimo stato di famiglia purché **fiscalmente a carico** del/della dipendente stesso/a,
- il **coniuge o convivente more uxorio** non presente sul **medesimo stato di famiglia** del/della dipendente purché domiciliato con il/la dipendente stesso/a.

Ogni altro soggetto diverso da quelli sopra indicati (es. figli non fiscalmente a carico, genitori, fratelli, zii etc.), **non può in ogni modo essere incluso nella presente copertura.**

NB: Qualora ci siano due coniugi o conviventi more uxorio entrambi dipendenti di Aziende aderenti al Fondo, questi saranno inseriti entrambi come Iscritti e non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari l'uno dell'altro. I figli fiscalmente a carico invece, potranno risultare beneficiari di uno dei due genitori, previo pagamento effettuato da chi ne richiede l'iscrizione.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Il Fondo 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 per i **day-hospital medici eseguiti per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche.**

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 Fondo 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, la garanzia si intende altresì operante nel caso in cui le terapie siano state effettuate in regime ambulatoriale.

3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica, il Fondo provvede al **pagamento delle spese** per le prestazioni previste ai punti 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.

3.4 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, **il Fondo liquida le spese previste ai punti 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 il Fondo 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 3.11 "Massimale".**

3.5.2 PARTO NATURALE

In caso di parto naturale il Fondo 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 3.11 "Massimale".**

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 spontaneo o terapeutico" 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 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 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.

3.7 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 3.10 "Ospedalizzazione domiciliare" che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

- 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. e) **"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 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. e) **"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 3.8 "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 Fondo 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 alle lett. b) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute**.

3.8 INDENNITÀ GIORNALIERA

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, 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.
- b) **€ 50,00 per ogni giorno di degenza**
 - Per i day-hospital chirurgici e per i day-hospital medici per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche: 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 dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche). Per i day hospital effettuati per dialisi, l'indennità viene erogata indipendentemente dal fatto che il day hospital sia avvenuto presso una struttura pubblica o privata. 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 spontaneo o terapeutico, con l'applicazione di una notte franchigia per un periodo non superiore a 90 giorni per evento.

3.9 DIAGNOSI COMPARATIVA NEL PERIODO DI PRE-RICOVERO

UniSalute consente la possibilità all'Iscritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-009619** 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 a UniSalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

3.10 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** corrisponde a **€ 10.000,00** per persona.

3.11 MASSIMALE

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

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia

- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia/Radioterapia
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Elettroencefalografia
- Fistelografia
- 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 € 50,00 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 NON vengono rimborsate.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i tickets sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

5. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE PER FIGLI IN CASO DI DISAGIO IN ETÀ SCOLARE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni di cui ai punti 5.1 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" e 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare", corrisponde a € 7.000,00 per persona.

5.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica, effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia, fatta eccezione per quanto specificamente previsto dal successivo punto 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare".

Rientrano inoltre in garanzia gli accertamenti ecografici alle anche per il bambino nel primo anno di vita.

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 dal UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 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 € 50,00 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 NON vengono rimborsate.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i tickets sanitari a carico dell'Iscritto con **l'applicazione di una franchigia di € 25,00 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 € 25,00 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.

5.2 PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE PER FIGLI IN CASO DI DISAGIO IN ETÀ SCOLARE (DAI 6 ANNI COMPIUTI FINO AI 16 ANNI)

UniSalute provvede al pagamento delle **prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche dei figli in caso di disagio in età scolare, ossia di età dai 6 anni compiuti fino a 16 anni**, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da medico specialista e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta o da psicologo iscritto all'albo.

La presente copertura viene attivata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a **strutture sanitarie private convenzionate con UniSalute**; le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza alcun importo a carico dello stesso.

Il **sottomassimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni sopra indicate, corrisponde a **€ 500,00** per persona.

6. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (garanzia operante per il coniuge/convivente more uxorio e per i figli di età uguale o superiore ai 6 anni)

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

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.

7. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (garanzia operante per i figli di età inferiore ai 6 anni)

UniSalute 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 devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- **Visita specialistica odontoiatrica;**
- **Fluorazione.**

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

8. 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 alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

9. 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 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'Isritto 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'Isritto abbia necessità per la terapia del caso di specialità 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'Isritto il costo di acquisto dei medicinali.

Sono esclusi dalla prestazione i medicinali salva vita

c) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Isritto 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'Isritto 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'Isritto 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'Isritto, 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'Isritto, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, UniSalute non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

A. DURATA

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

B. ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano Sanitario vale in tutto il mondo.

C. ESCLUSIONI

Sono in ogni caso escluse dal Piano Sanitario 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 al punto 6 "Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per il coniuge/convivente more uxorio e per i figli di età uguale o superiore ai 6 anni)" e 7 "Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per i figli di età inferiore ai 6 anni)";
- c) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici salvo quanto previsto all' art. 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare";
- d) La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia come previsto al punto 3.3 "Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica";
- 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);
- n) Trattamenti sclerosanti;
- o) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto 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 protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto al al punto 6 "Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per il coniuge/convivente more uxorio e per i figli di età uguale o superiore ai 6 anni)" e 7 "Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per i figli di età inferiore ai 6 anni)";
- u) le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

D. LIMITI DI ETÀ

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