



Guida al Piano
sanitario Base per gli
iscritti alla Cassa
Italiana di Previdenza
e Assistenza dei
Geometri (CIPAG)

Per tutte le prestazioni previste dal Piano sanitario diverse dal Ricovero consultare:

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le prestazioni dell'area Ricovero è opportuno contattare preventivamente il

Numero Verde

800-009618

Numero Verde dall'estero:

00800-39009618

o in alternativa

0039514185618

orari:

8,30 - 19,30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

Scarica gratis l'app UniSalute da App Store e Play Store.

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

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

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

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

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

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

Guida al Piano sanitario Base per gli iscritti alla Cassa Italiana di Previdenza e Assistenza dei Geometri (CIPAG)

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

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

1. SOMMARIO

2.	BENVENUTO.....	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	7
4.	SERVIZI ON-LINE, MOBILE E IVR.....	8
<u>4.1.</u>	<u>Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?</u>	9
4.2.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	9
4.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	10
4.5.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.6.	Come posso ottenere pareri medici?	11
4.7.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	11
4.8.	IVR (Interactive Voice Response)	12
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	12
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	13
6.1.	Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio	14
6.2.	Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso	16
6.3.	Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso	18
6.4.	Modalità di erogazione delle prestazioni dell'area ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso	19
6.5.	Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso	20
6.6.	Day-hospital per grande intervento chirurgico o grave evento morboso	21
6.7.	Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (copertura operante per il solo Assicurato caponucleo)	21
6.8.	Il massimale assicurato	22
6.9.	Anticipi	22
6.10.	Servizi di consulenza e assistenza	22
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	24
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	25
8.1.	Inclusioni/esclusioni	25
8.2.	Estensione territoriale	26
8.3.	Gestione dei documenti di spesa	26
8.4.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	27
9.	PREMI	27
10.	ALLEGATO A – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	27
11.	ALLEGATO B – ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI.....	30

2. **BENVENUTO**

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo della copertura sanitaria. All'interno della Guida trovi l'indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano. Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un'area riservata con **pratiche funzioni online** che velocizzano e semplificano tutte le operazioni legate all'utilizzo del Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

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

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private. Tutti i centri garantiscono un'ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di vantaggi rilevanti:

- non devi sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal Piano alle singole coperture) perché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari che garantiscono alti livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere **preventivamente autorizzata da UniSalute**), dovrai presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la tua identità e la prescrizione del medico curante, se richiesta.

UniSalute, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie **autorizzate** con i limiti sopra enunciati. Dovrai firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

L'elenco, sempre aggiornato, è disponibile su www.unisalute.it nell'Area Clienti o telefonando alla Centrale Operativa.

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la facoltà di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. In questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole coperture del Piano sanitario.

Una volta effettuata la prestazione, dovrai saldare le fatture e le note spese. Per richiederne il rimborso devi inviare a **Unisalute S.p.A. – Rimborsi Clienti – c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO**, la documentazione necessaria:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente Guida oppure sul sito www.unisalute.it;

- in caso di **ricovero per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale. Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- in caso di **indennità per ricovero per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in COPIA in cui risulti il quietanziamento. Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da Unisalute.

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra.

E' bene sapere che l'Assicurato dovrà consentire controlli medici eventualmente disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se decidi di utilizzare le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., e sostieni delle spese per ticket sanitari, puoi **chiederne il rimborso sul sito www.unisalute.it** all'interno dell'Area clienti.



Valutazione rimborso in 20 giorni

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

Se non puoi accedere a internet, utilizza il Modulo di rimborso allegato alla presente Guida e invialo insieme a copia della documentazione a **Unisalute S.p.A. – Rimborsi Clienti – c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.**

4. SERVIZI ON-LINE, MOBILE E IVR

L'utilizzo di internet permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo le operazioni di prenotazione, rimborso e aggiornamento dei dati.

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

- **verificare e aggiornare** i propri **dati** e le proprie **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi dell'indennità da ricovero** e ricevere la **valutazione entro 20 giorni**;
- consultare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

<p>Prenotazione visite ed esami</p>  <p>Prenota qui le tue prestazioni; saprai subito se sono in garanzia. Accedi anche per modificare o spostare i tuoi appuntamenti.</p> <p>Conferma appuntamento entro 24h</p>	<p>Estratto conto sinistri e aggiornamento dati</p>  <p>Visualizza lo stato delle tue richieste di rimborso e il dettaglio dei tuoi pagamenti.</p> <p>Puoi inoltre aggiornare i tuoi recapiti e il codice IBAN utile per i tuoi rimborsi.</p>
<p>Prestazioni e strutture convenzionate</p>  <p>Consulta le prestazioni del tuo Piano sanitario, troverai tutte le risposte che cerchi.</p>	<p>Richiesta rimborso ticket e diaria da ricovero</p>  <p>Richiedi qui i tuoi rimborsi, invia online la documentazione relativa a ticket o diaria e ricevi la valutazione entro 20 giorni.</p> <p>Esito rimborso in 20 giorni</p>

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

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

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia Username e Password?

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

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

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

4.2. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area Clienti, **accedi alla sezione "Estratto conto sinistri e aggiornamento dati"** e seleziona la funzione di interesse.

In base alle tue esigenze puoi:

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

Attraverso il sito puoi chiedere il rimborso delle **prestazioni effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale**.

Entra nell'area Clienti e **accedi alla sezione** “Richiesta rimborso ticket e diaria da ricovero” e seleziona la funzione di interesse:

- **Indennità giornaliera** in seguito ad un ricovero.



Valutazione rimborso in 20 giorni

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

Se non puoi accedere a internet e per i rimborsi delle prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute, utilizza il modulo di rimborso allegato alla presente Guida. Compilalo in ogni sua parte, firmalo e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **Unisalute S.p.A. – Rimborsi Clienti – c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.**

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

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi alla sezione “Estratto conto sinistri e aggiornamento dati”**.

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

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

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

4.5. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi alla sezione “Prestazioni e strutture convenzionate”**.

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

4.6. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area Clienti hai a disposizione la funzione “il medico risponde”, attraverso la quale puoi ottenere pareri medici on-line, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

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

4.7. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca “UniSalute” per avere sempre a portata di mano i nostri servizi 24 ore su 24 7 giorni su 7.

AREA RISERVATA AI CLIENTI

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

- **prenoti direttamente** presso le strutture convenzionate **le visite o gli esami**, ricevi consulenza nella scelta della struttura più idonea e hai la conferma dell'appuntamento in 24h;
- **visualizzi l'agenda delle prenotazioni**
- **consulti** lo stato di lavorazione **delle tue richieste di rimborso**
- fornisci un **feedback sulle prestazioni odontoiatriche ricevute**

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

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

4.8. IVR (Interactive Voice Response)

L'Assicurato potrà scegliere da **IVR (Interactive Voice Response)** di ricevere informazioni sullo stato dei rimborsi. Questo servizio è attivo 365 giorni all'anno, 24 ore su 24.

Attraverso il **riconoscimento del chiamante** (sempre nel pieno rispetto dell'istituto della Privacy) l'Assicurato potrà digitare gli estremi del sinistro (o numero fattura o periodo di invio) per i quali chiede informazioni.

In automatico il risponditore indicherà lo stato dei rimborsi come di seguito riportato:

- per i **sinistri liquidati** verranno indicati: importo documento, importo rimborsato, valuta di pagamento;
- per i **sinistri non liquidati** verranno indicati: importo documento e motivo della mancata liquidazione;
- per i **sinistri non inseriti a sistema** (ricevuti ma non caricati) verrà recepita la richiesta dell'Assicurato che sarà avvisato della gestione del sinistro con successivo messaggio sms o mail.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è operante a favore dei Professionisti e Pensionati in attività iscritti alla CIPAG, dei Dipendenti CIPAG, dei Dipendenti e professionisti iscritti CIPAG e Dipendenti dei Collegi dei Geometri.

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo premio a carico del titolare, al nucleo familiare dell'Assicurato, intendendosi per tale il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e i figli conviventi. In questo caso dovranno essere inseriti tutti i familiari conviventi come precedentemente indicati. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti e i figli non conviventi per i quali il titolare sia obbligato al mantenimento

economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione, ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria. Sono altresì equiparabili ai figli, i figli del coniuge o del convivente. Per i figli è previsto il limite di 35 anni. **N.B: figli fino a 35 anni compiuti: l'assicurazione pertanto può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 35° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza al compimento del 36° anno d'età. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi inabili a lavoro proficuo.**

E' possibile **non estendere** la copertura assicurativa a quei componenti del nucleo familiare che già siano titolari di una analoga copertura assicurativa per il rimborso delle spese mediche. A tal fine, il professionista dovrà fornire idonea documentazione che confermi la copertura assicurativa del familiare, vale a dire copia della polizza in caso di contratto individuale o dichiarazione del datore di lavoro o della Cassa d'appartenenza nel caso di polizza collettiva.

L'Assicurato che diventa pensionato successivamente alla scadenza dell'anno assicurativo e che si cancella dalla CIPAG, nonché il relativo nucleo familiare, rimarranno in copertura sino a scadenza annua. Alla scadenza annua potranno continuare ad usufruire della copertura assicurativa mediante pagamento del relativo premio e la compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo di rinnovo dell'adesione.

Viene prevista la possibilità per i coniugi e i figli superstiti di iscritti deceduti, di mantenere attiva la garanzia prestata dal presente Piano sanitario dietro pagamento del relativo premio annuo.

L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza del Piano sanitario non potranno più essere reinseriti.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti garanzie:

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato A;
- ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato B;
- trattamento medico domiciliare per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato B;

- day-hospital per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato A e B;
- indennità per grave invalidità permanente da infortunio (copertura operante per il solo Assicurato caponucleo);
- servizi di consulenza e assistenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio

6.1.1 Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Assicurato venga ricoverato per effettuare un grande intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni biotiche, terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 125 giorni precedenti il ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento. Diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativi al periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera. La garanzia è operante fino al limite di € 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica individuale, nel limite di € 2.600,00 per anno assicurativo e nucleo familiare.
Post-ricovero	Trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie effettuati nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi.

6.1.2 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- **€ 2.000,00** per anno assicurativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- **€ 4.000,00** per anno assicurativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

6.1.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai paragrafi 6.1.1 "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio" e 6.1.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie

successive al trapianto nel limite di **180** giorni purché inerenti all'intervento effettuato.

6.1.4 Apparecchi protesici e sanitari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, purché conseguenti a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario e verificatosi durante la validità del Piano stesso.

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.200,00 per nucleo familiare.

6.1.5 rimpatrio della salma e costi funerari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per costi funerari e di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero conseguente a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario.

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

6.2. Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso

6.2.1 Ricovero in istituto di cura per grave evento morboso

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

La garanzia è operante in assenza di intervento chirurgico. Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico **funzionale al grave evento morboso stesso**, si applicano anche le garanzie di cui al paragrafo 6.1 "ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio".

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Assicurato venga ricoverato in seguito ad un grave evento morboso, in assenza di intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di cura effettuate nei 100 giorni precedenti il ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero
Rette di degenza	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica individuale, nel limite di € 2.600,00 per anno assicurativo e nucleo familiare.
Post-ricovero	Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Tali spese vengono rimborsate entro il limite massimo di € 13.000,00 per anno assicurativo e nucleo familiare.

6.2.2 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- **€ 2.000,00** per anno assicurativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- **€ 4.000,00** per anno assicurativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

6.2.3 Apparecchi protesici e sanitari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, purché conseguenti a un

ricovero indennizzabile dal Piano sanitario e verificatosi durante la validità del Piano stesso.

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.200,00 per nucleo familiare.

6.2.4 rimpatrio della salma e costi funerari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per costi funerari e di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero conseguente a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario.

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

6.3.Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso

6.3.1 Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

La garanzia è operante per le seguenti spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare:

- a) visite specialistiche;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, comprese quelle radianti e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d) prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei **180** giorni successivi alla prima diagnosi dell'evento morboso avvenuta dopo la decorrenza del Piano sanitario. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante. Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di **€ 15.500,00** per nucleo familiare.

6.3.2 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- € **2.000,00** per anno assicurativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- € **4.000,00** per anno assicurativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

6.3.3 Apparecchi protesici e sanitari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, purché conseguenti a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario e verificatosi durante la validità del Piano stesso.

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.200,00 per nucleo familiare.

6.3.4 rimpatrio della salma e costi funerari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per costi funerari e di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero conseguente a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario.

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

6.4. Modalità di erogazione delle prestazioni dell'area ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso

Per le prestazioni di cui ai precedenti paragrafi 6.1 "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico", 6.2 "Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso" e 6.3 "Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso" operano le seguenti modalità liquidative.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione della garanzia "Assistenza infermieristica privata individuale", che prevede specifici limiti.

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

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **15%** a carico dell'Assicurato con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 300,00** con un massimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per sinistro, ad eccezione delle garanzie "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con l'applicazione dello scoperto o del minimo/massimo non indennizzabile previsti per il ricovero in strutture non convenzionate.

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

UniSalute rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (paragrafo 6.5).

6.5. Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute a seguito di un ricovero per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ricovero.

L'indennità verrà erogata con una franchigia di **2** giorni nel limite di **180** giorni per anno assicurativo e per persona.

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

E' inoltre previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) di pre e post ricovero, fermi restando gli

specifici limiti temporali indicati negli articoli precedenti, che verrà effettuato con le modalità previste ai precedenti paragrafi.

6.6. Day-hospital per grande intervento chirurgico o grave evento morboso

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

Il day-hospital per **grande intervento chirurgico** è equiparato a tutti gli effetti al ricovero di cui al paragrafo 6.1 “Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio”.

Il day-hospital **senza intervento chirurgico per grave evento morboso superiore a 3 giorni** (per il quale sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativo alla stessa patologia/infortunio) è equiparato, a tutti gli effetti, al ricovero di cui al paragrafo 6.2 “ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso”.

6.7. Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (copertura operante per il solo Assicurato caponucleo)

In caso di infortunio che comporti all'Assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al **66%**, la Società liquiderà un indennizzo pari al capitale assicurato ad **€ 40.000,00**.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Per la determinazione del grado d'invalidità la Società farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli

infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

La denuncia d'infortunio deve essere inviata alla Società entro 15 giorni dall'infortunio stesso. **La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico.** Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali di polizza.

6.8. Il massimale assicurato

In termini assicurativi con *massimale* si intende una cifra oltre la quale il prodotto assicurativo o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un massimale che ammonta a **€ 400.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di premio, per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

6.9. Anticipi

Nel caso di ricovero per i quali l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, potrà essere richiesta alla Società dall'Assicurato o, nel caso di sua anche temporanea incapacità, da un suo familiare una **somma massima pari al 80%** delle somme preventivate dall'Istituto di cura, salvo conguaglio al termine del ricovero.

Detta richiesta dovrà essere corredata da:

- 1) una relazione medica sull'intervento che consenta di valutare l'operatività della garanzia;
- 2) il preventivo dell'intervento stesso;
- 3) la richiesta della casa di cura del versamento di un anticipo.

In presenza di documentazione completa l'anticipo sarà reso disponibile all'Assicurato entro dieci giorni dal ricevimento della documentazione stessa.

6.10. Servizi di consulenza e assistenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009618**

dall'estero **00800-39009619** o in alternativa **0039 514185618** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

a) Informazioni telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce a richiesta dell'assicurato un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dal presente piano assicurativo, nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Prestazione di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa raggiungibile nell'intera arco della giornata, compresi i giorni festivi, attraverso un numero verde nazionale ed internazionale gratuito

Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

All'estero

e) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

f) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido,

compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

g) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della Centrale Operativa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

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

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio. La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario, come tutti i prodotti assicurativi, non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano sanitario.

Non sono garantite dal Piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici* preesistenti e malformazioni**, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 3° anno di età.
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dal capitolato di gara.
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso

- di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
 - f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
 - g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (rientranti tra i "Grandi interventi chirurgici" elencati al successivo allegato A) dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile dal Piano sanitario;
 - h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
 - i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile dal Piano sanitario;
 - j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari;
 - k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili dal Piano sanitario;
 - l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
 - m) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

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

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

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

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. Inclusioni/esclusioni

1) Inclusione di nuclei familiari

L'inclusione di familiari in un momento successivo a quanto previsto all'articolo 8 delle "Condizioni generali di polizza" è consentita

solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio, nuove nascite o adozioni, ovvero per scadenza della copertura assicurativa per quei familiari per i quali non sia stata effettuata l'estensione delle garanzie come indicato al capitolo 5 "Le persone per cui è operante la copertura".

In questo caso il coniuge o il figlio potranno essere inseriti in copertura entro 30 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato di famiglia, ovvero della scadenza della copertura. Il premio sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del contratto. La copertura avrà effetto dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione da parte della Società, sempre che sia stato pagato il relativo premio.

L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza di polizza non potranno più essere reinseriti.

2) Esclusione di iscritti in corso d'anno

Il venir meno dei requisiti di cui al capitolo 5 "Le persone per cui è operante la copertura" non produce effetto ai fini del presente Piano sanitario fino alla scadenza dell'anno assicurativo. Di conseguenza, tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo verranno posticipate alla scadenza annuale. L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza di polizza non potranno più essere reinseriti.

8.2. Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.3. Gestione dei documenti di spesa

A) prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all'Assicurato la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

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

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

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

9. PREMI

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

a) Iscritto o pensionato attivo	A carico dell'Ente
b) Pensionato cancellato o superstite	€ 43,00
c) Premio aggiuntivo per un familiare	€ 39,00
d) Premio aggiuntivo per due o più familiari	€ 40,00

10. ALLEGATO A – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

A) Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

B) Interventi per trapianti: tutti.

C) Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi.

D) Interventi di neurochirurgia per:

- craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;

- intervento per epilessia focale e callosotomia;
- intervento per encefalomeningocele;
- derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
- endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- neurotomia retrogasseriana;
- interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.);
- vagotomia per via toracica;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- plastica per paralisi del nervo facciale;
- intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.

E) Interventi di cardiocirurgia per:

- tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (complessivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- tutti gli interventi a cuore chiuso;
- impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

F) Interventi di chirurgia vascolare per:

- aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- stenosi ad ostruzione arteriosa;
- disostruzione by-pass aorta addominale;
- trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- by pass aortocoronarico.

G) Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- gravi e vaste mutilazioni del viso;
- plastica per paralisi del nervo facciale;
- riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- anchilosi temporo-mandibolare.

H) Interventi di chirurgia generale per:

- diverticolosi esofagea;
- occlusioni intestinali con o senza resezione;
- gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- echinococcosi epatica e/o polmonare;
- cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
- pancreatite acuta;
- broncoscopia operativa;
- resezione epatica;
- epatico e coledocotomia;
- interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrectomia, colecistoenterostomia);
- laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- intervento per mega-esofago;
- resezione gastrica totale;
- resezione gastro-digiunale;
- intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- interventi di amputazione del retto-ano;
- interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- drenaggio di ascesso epatico;
- interventi chirurgici per ipertensione portale;
- interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- papillotomia per via transduodenale;
- intervento di asportazione della milza;
- resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I) Interventi di chirurgia urogenitale per:

- fistola vescico-rettale, vescico-intestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- intervento per estrofia della vescica;
- metroplastica;
- nefroureterectomia radicale;
- surrenalectomia;
- interventi di cistectomia totale;
- interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- cistoprostatovescicolectomia;

- leocisto plastica;
- colecisto plastica;
- intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J) Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- odontocheratopresi;
- timpanoplastica;
- chirurgia endoauricolare della vertigine;
- chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc).
- chirurgia della sordità otosclerotica.

K) Interventi di chirurgia toracica per:

- pneumectomia totale o parziale;
- lobectomia polmonare;
- intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- interventi per fistole bronchiali;
- interventi per echinococchi polmonare.

L) Interventi di chirurgia pediatrica per:

- idrocefalo ipersecretivo;
- polmone cistico e policistico;
- atresia dell'esofago;
- fistola dell'esofago;
- atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare:
- abbassamento addomino-perineale;
- megaretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

11. ALLEGATO B – ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

A) Infarto miocardico acuto.

B) Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- dispnea;
- edemi declivi;
- aritmia;

- angina instabile;
- edema o stasi polmonare;
- ipossiemia.

C) Neoplasia maligna.

D) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- ulcere torbide;
- decubiti;
- neuropatie;
- vasculopatie periferiche;
- infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

E) Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

F) Stato di coma.

G) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.

H) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Inoltre, limitatamente al solo caponucleo, sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

I) Tetraplegia

J) Sclerosi multipla

K) Sclerosi laterale amiotrofica

L) Alzheimer

M) Morbo di Parkinson caratterizzato da:

- riduzione attività motoria;
- mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.