

Guida al Piano sanitario

Dipendenti CCNL UNEBA

Edizione 2026

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il

Numero Verde

800-009654

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

Guida al Piano sanitario Dipendenti CCNL UNEBA

Le prestazioni del piano sono garantite da:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

SOMMARIO

SOMMARIO	3
1. BENVENUTO	5
2. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
2.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
2.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
2.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale.....	8
3. SERVIZI ONLINE E MOBILE	8
3.1. Il sito di UniSalute.....	8
3.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
3.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?.....	9
3.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
3.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
3.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
3.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?.....	12
3.1.7. Come posso ottenere pareri medici?.....	12
3.2. L'app di UniSalute	12
3.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?.....	13
3.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?.....	13
3.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?.....	14
3.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	14
4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	15
5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	15
5.1. Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico(come da elenco allegato).....	16
5.2. Trasporto sanitario	19
5.3. Day-hospital per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)	19
5.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio.....	19
5.5. Parto e aborto terapeutico e spontaneo.....	20
5.6. Indennità sostitutiva/giornaliera	21
5.7. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	22
5.8. Prestazioni di alta specializzazione	22
5.9. Visite specialistiche.....	25
5.10. Accertamenti diagnostici	26
5.11. Pacchetto maternità	27
5.12. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o malattia e/o a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico	28
5.13. Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il solo titolare)	29
5.14. Lenti	31
5.15. Prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il solo titolare)	32
5.16. Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e	

prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.....	33
5.17. Implantologia (copertura operante per il solo titolare).....	34
5.18. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	35
5.19. Cure dentarie da infortunio	36
5.20. Sindrome metabolica (copertura operante per il solo titolare).....	37
5.21. Prestazioni a tariffe agevolate	39
5.22. Circuito termale Unisalute	39
5.23. Critical illness	40
5.24. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente (copertura operante per il solo titolare) 45	
5.25. Diagnosi comparativa	59
5.26. Servizio Monitor Salute.....	60
5.27. SiSerenò – Prestazioni di psicoterapia online.....	62
5.28. Servizi di consulenza	63
6. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	63
7. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	66
7.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione	66
7.2. Inclusioni/esclusioni.....	66
7.3. Validità territoriale.....	67
7.4. Limiti di età	68
7.5. Gestione dei documenti di spesa	68
7.6. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?.....	68
7.7. Foro competente	69
7.8. Reclami	69
7.9. Diritto all'oblio oncologico.....	71
7.10. Informativa "home insurance" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento ivass 41/2018 – ove sussistano i requisiti.....	71
7.11. Informazioni sull'impresa di assicurazione	72
8. SCHEDA ANAMNISTICA ODONTOIATRICA	73
9. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	78

1. **BENVENUTO**

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per l’utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un’**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

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

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

2.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell’Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

2.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

In alcuni casi, il Piano sanitario può prevedere, per determinate garanzie, anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute.

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.**

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

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito **www.unisalute.it**;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso parto cesareo o naturale e aborto terapeutico o spontaneo, copia della Lettera di Dimissione Ospedaliera;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

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

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- in caso di **odontoiatria/ortodonzia**, scheda anamnestica redatta dal medico curante (dentista) allegata alla presente guida.
- in caso di infortunio, certificato di Pronto Soccorso
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

2.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso ticket e indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo!**

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.**

3. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

3.1. Il sito di UniSalute

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

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;**

- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

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

È 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.

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

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

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

In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.



Prenotazione veloce

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

3.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.**

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.7. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

3.2. L'app di UniSalute

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

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

delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;

- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

3.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito www.unisalute.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

UniSalute PER TE

Accedi alla sezione PER TE per leggere news e articoli del Blog InSalute: sarai sempre aggiornato sui temi che riguardano la salute e il benessere!

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

Attraverso l'app puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Una volta entrato nell'app compila in modo rapido l'apposito form su **“Prenotazioni”** e visualizza tutti i dettagli relativi alla prenotazione.

Puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente a UniSalute. In tutti i casi UniSalute verifica in tempo

reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate. Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.

Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

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

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.

Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

Integra la documentazione mancante

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

4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestata a favore dei dipendenti in forza presso l’azienda applicante il CCNL UNEBA - Contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale dipendente dai settori socioassistenziale, sociosanitario ed educativo U.N.E.B.A. e del relativo coniuge fiscalmente a carico intendendo per tale il coniuge **risultante da stato di famiglia**, che abbia accettato entro la data di effetto indicata in polizza l’attivazione della presente copertura.

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

5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato);
- day-hospital per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato);
- parto e aborto;
- indennità sostitutiva/giornaliera;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;

- pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o malattia e/o a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico;
- prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il solo titolare);
- lenti;
- prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il solo titolare);
- cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico;
- implantologia (copertura operante per il solo titolare);
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- cure dentarie da infortunio;
- sindrome metabolica (copertura operante per il solo titolare);
- prestazioni a tariffe agevolate Unisalute;
- circuito termale Unisalute;
- critical illness;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa (garanzia operante per il solo titolare);
- diagnosi comparativa;
- servizio Monitor Salute;
- SiSerenò;
- servizi di consulenza.

5.1. Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)

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

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese nella copertura le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura

	alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
--	---

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** a carico dell'Isritto, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto, ad eccezione delle coperture "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 le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

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

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti,

le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Iscritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

5.2. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per ricovero.

5.3. Day-hospital per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria) per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

5.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste al paragrafo "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

5.5. Parto e aborto terapeutico e spontaneo

5.5.1. Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 8.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”

5.5.2. Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo

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

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 5.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”.

5.5.3. Neonati

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati **nei primi 2 anni di vita del neonato** per la correzione di malformazioni congenite comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 13.000,00**.

5.6. Indennità sostitutiva/giornaliera

5.6.1. Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato), parto cesareo, parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità da parte di UniSalute di provvedere al pagamento delle spese di "Pre-ricovero" e "Post ricovero" con le modalità di cui al paragrafo "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)" punti "Pre-ricovero e "Post-ricovero", avrà diritto a un'indennità di **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ricovero.

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

In caso di **parto cesareo, parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo**, l'indennità giornaliera corrisposta sarà di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per ricovero, fermo il resto.

Le spese relative alle coperture di "**Pre-ricovero**" e "**Post -ricovero**" in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti al paragrafo "Ricovero in istituto di cura per grande

intervento chirurgico (come da elenco allegato)” ed assoggettate ad un limite di spesa annuo pari a **€ 500,00** per nucleo familiare.

5.6.2. Indennità giornaliera per ricovero medico in SSN e per ricovero con intervento chirurgico in SSN diverso da grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)

L’Iscritto, in caso di ricovero medico in SSN e in caso di ricovero con intervento chirurgico in SSN diverso da grande intervento chirurgico (come da elenco allegato), avrà diritto a un’indennità di **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per ogni ricovero.

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

5.7. Il limite di spesa annuo dell’area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 100.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l’anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

5.8. Prestazioni di alta specializzazione

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco

- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicoldeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
 - Cobaltoterapia
 - Dialisi
 - Radioterapia
 - Laserterapia a scopo fisioterapico
-
- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura massima di **€ 75,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, **purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.**

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 8.000,00 per nucleo familiare.

5.9. Visite specialistiche

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia. I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 25,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura massima di € 75,00 per ogni visita specialistica. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 1.000,00 per nucleo familiare.**

5.10. Accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio.

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura massima di € 75,00 per ogni accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

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

5.11. Pacchetto maternità

In caso di gravidanza, il Piano sanitario prevede la copertura le seguenti prestazioni:

- Ecografie di controllo;
- Amniocentesi;
- Villocentesi;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza (sono ricompresi a titolo di esempio i test DNA Fetale - Armony test – Prenatal safe – Gtest – Aurora test – Panorama test - Nipt test – Tranquillity test).

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni prestazione, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni prestazione.

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

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

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.000,00 per nucleo familiare</p>
--

5.12. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o malattia e/o a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio o malattia e/o con ricovero con o senza intervento chirurgico, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

La copertura è operante:

- **in caso di infortunio**, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso;
- **In caso di malattia**, in presenza di prescrizione con indicazione della patologia;
- **a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico**, qualora sia stato superato il limite di 120 giorni previsti al paragrafo “Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)” al punto “Post ricovero” e solo nel caso in cui sia clinicamente documentata la necessità di proseguire con i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
- **a seguito di ricovero medico, anche se non previsto dalle coperture del Piano sanitario, o a seguito di ricovero con intervento chirurgico diverso da grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)**, purché a seguito di malattia o infortunio. In questo caso l’Iscritto per fruire dei trattamenti fisioterapici, dovrà inoltrare alla Società copia della Lettera di Dimissione Ospedaliera e prescrizione del medico curante indicante il quesito diagnostico.

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

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

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, **purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.**

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.500,00 per nucleo familiare.

Per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia è previsto un sottolimito di € 500,00, per nucleo familiare.

5.13. Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il solo titolare)

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

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

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno:

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

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea

- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- **Pap test**

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni

- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Visita Angiologica

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni

- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- Visita specialistica ginecologica
- Visita angiologica
- Visita senologica

5.14. Lenti

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto (rimane esclusa la montatura), **nel limite di € 80,00 per persona e per anno.**

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute senza applicazione di alcun minimo non indennizzabile.

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

5.15. Prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il solo titolare)

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l’anno in 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.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** 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 la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell’arco dello stesso anno associativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

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

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

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l’applicazione di uno scoperto del **25%** che dovrà essere versato dall’Iscritto alla struttura convenzionata all’atto della fruizione della prestazione.

5.16. Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l’applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

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

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

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

L’utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l’Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Le spese sostenute vengono rimborsate senza l’applicazione di importi a carico dell’Iscritto.

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

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

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 300,00 per nucleo familiare.</p>

5.17. Implantologia (copertura operante per il solo titolare)

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento per prestazioni di implantologia dentale.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'installazione dell'impianto/i.

- **La presente copertura è prestata esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per
Iscritto. Viene previsto un sottolimito annuo di:
- € 900,00 nel caso di applicazione di due impianti;
- € 450,00 nel caso di applicazione di un impianto.**

Si precisa che, qualora nella medesima annualità associativa, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimito di € 900,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

5.18. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale, anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura sanitaria purché anch’essi conseguenti alle seguenti patologie:

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

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

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

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

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

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, **senza l’applicazione di alcun importo a carico dell’Iscritto.**

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto.

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

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

<p>La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per nucleo familiare.</p>
--

5.19. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del piano”, la Società liquida all'Isritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, **a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.**

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

- radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

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

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

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto.

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

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

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.

5.20. Sindrome metabolica (copertura operante per il solo titolare)

Per attivare la copertura l'iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.Unisalute.it e "confermare il suo invio".

UniSalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'iscritto l'esito della valutazione tramite e-mail, mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

UniSalute fornirà all'iscritto, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

UniSalute comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e

password. L'Isritto verrà contattato da UniSalute (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'Isritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, UniSalute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi.

Al fine di incentivare l'Isritto ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Isritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle previste dal Piano sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo paragrafo.

Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle previste dal Piano sanitario, all'Isritto verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con Unisalute a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

5.21. Prestazioni a tariffe agevolate

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa annuo o prestazione inferiore al minimo non indennizzabile e rimanga a totale carico dell'iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

5.22. Circuito termale Unisalute

Il Piano sanitario consente all'iscritto di accedere ai centri del Circuito termale UniSalute a tariffe agevolate, anche insieme ad un accompagnatore. Se il centro termale dispone anche della struttura alberghiera, gli sconti sono validi anche per il soggiorno.

La molteplicità delle strutture termali e la varietà delle proprietà terapeutiche delle acque sono tali da soddisfare qualsiasi esigenza: dalle acque sulfuree, solfate, salse, alle acque bicarbonate e oligominerali per un benessere davvero a 360°.

Tutte le strutture sono altamente qualificate dal punto di vista organizzativo e rappresentano dei centri di qualità nei campi della prevenzione e riabilitazione, inoltre il numero dei centri termali è in continua evoluzione e viene costantemente integrato con l'ingresso di nuove strutture.

Spesso i centri termali del Circuito UniSalute si trovano in scenari di rilevante interesse geografico e ambientale, ulteriore richiamo per quanti decidano di concedersi una pausa di benessere e di riposo psico-fisico.

La nascita di questo nuovo circuito permette a UniSalute di offrire un nuovo servizio di qualità nell'ambito della salute e del benessere e di arricchire le proprie coperture sanitarie con pacchetti ad hoc rivolti anche a particolari categorie di clienti.

5.23. Critical illness

OGGETTO DELLA GARANZIA

Il Piano sanitario garantisce l'indennizzo previsto nel caso in cui si manifesti, in data successiva all'effetto della presente copertura, una delle patologie o una delle condizioni indicate di seguito.

Il massimale assicurato corrisponde a € 2.000,00 per patologia o condizione indennizzabile e periodo assicurativo (01/01/2026-01/01/2028)

Per le sole neoplasie in situ il massimale assicurato corrisponde a € 12,00 per un massimo di 120 giorni per evento, con le modalità previste allo specifico punto.

La somma assicurata non potrà essere corrisposta più volte in uno stesso periodo assicurativo ad uno stesso Iscritto qualora si conclamino altre e diverse patologie e condizioni in elenco.

Patologie o condizioni indennizzabili:

NEOPLASIE MALIGNNE

In questa categoria sono ricomprese le neoplasie sia solide che liquide comportanti la crescita, invasione e diffusione incontrollata in organi o tessuti sani da parte di cellule con caratteristiche di malignità che si siano manifestate nell'arco temporale ricompreso tra 365 giorni antecedenti l'effetto della garanzia Critical Illness e la sua scadenza. Sono espressamente esclusi i tumori risultanti "in situ" ed i tumori della pelle con esclusiva diffusione superficiale diversi dal melanoma.

Il riscontro di metastasi o recidive non darà il diritto di erogazione di più massimali.

NEOPLASIE IN SITU

Limitatamente alle neoplasie maligne "in situ" ed i tumori della pelle con esclusiva diffusione superficiale diversi dal melanoma la Società corrisponderà un'indennità giornaliera a seguito di inabilità al lavoro che comporti l'incapacità a svolgere la propria attività professionale, comprovata da certificato di astensione dal lavoro trasmesso all'INPS. Per inabilità si intende la perdita, in misura totale, della capacità

dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
L'indennità per ciascun giorno di inabilità corrisponde ad € 12 per un massimo di 120 giorni per evento anche non continuativi; l'indennizzo sarà prestato con una franchigia assoluta per i primi 180 giorni di astensione dal lavoro anche non continuativi a partire dal 01/01 dell'annualità di riferimento.

La Società liquida pertanto l'indennità a partire dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della inabilità per terminare al 31/12 dello stesso anno.

Nel caso in cui la Compagnia abbia riconosciuto l'indennizzo di neoplasia in situ ed al beneficiario venisse riscontrata una neoplasia maligna come da definizione di polizza si procederà a riconoscere anche l'indennizzo previsto per tale casistica.

INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Si intende un evento acuto che comporti la necrosi (morte cellulare) di una porzione del muscolo cardiaco quale conseguenza di una alterazione acuta dell'irrorazione sanguigna del muscolo stesso. L'evento deve essere testimoniato attraverso cartella clinica ospedaliera che documenti la diagnosi di infarto miocardico acuto secondo i criteri medico-scientifici accreditati per tale diagnosi. Viene espressamente esclusa da tale definizione l'angina.

ICTUS

Si intende un danno neurologico permanente per compromissione della fisiologica perfusione ematica delle strutture nervose del sistema nervoso centrale. Il danno deve essere testimoniato da idonei reperti neuroradiologici e da cartella clinica ospedaliera che documenti la diagnosi di ictus/ stroke sia ischemico che emorragico e le relative sequele neurologiche secondo i criteri diagnostici medico scientifici accreditati per tale diagnosi. In tale definizione sono specificamente esclusi gli attacchi ischemici transitori.

TRAPIANTO DI ALCUNI ORGANI E TESSUTI

Si intende l'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di

organi o tessuti di un altro individuo con lo scopo di sostituire organi o tessuti assenti o non correttamente funzionanti.

Ai fini della presente polizza si intendono compresi unicamente i seguenti trapianti: cuore, fegato, polmone, rene, pancreas e midollo osseo (usando le cellule staminali ematopoietiche preceduta da ablazione totale del midollo osseo).

Il riconoscimento della garanzia avviene a seguito della presentazione di idonea documentazione clinica dalla quale sia evidente che il trattamento con trapianto fosse ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento dell'insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

Sono espressamente esclusi: Il trapianto di altre cellule staminali rispetto le emopoietiche e il trapianto di parti di un organo o di organi e tessuti differenti da quelli in elenco.

ANGIOPLASTICA CORONARICA

Gli interventi chirurgici, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, finalizzati alla correzione di stenosi o altre anomalie emodinamicamente significative di uno o più vasi coronarici. La Società richiederà la documentazione clinica relativa all'evento e la prova angiografica a supporto della necessità delle operazioni suddette.

INTERVENTO CHIRURGICO A CARICO DELLE VALVOLE CARDIACHE

Si intendono interventi chirurgici con tecnica a torace aperto e circolazione extracorporea, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, utili alla riparazione o alla sostituzione di una o più valvole cardiache che presentino anomalie o malfunzionamenti.

INTERVENTI CHIRURGICI A CARICO DELL'AORTA

Si intendono gli interventi chirurgici relativi alla necessità di correggere patologie a carico dell'aorta per stenosi, dissezione o aneurisma della stessa.

MALATTIA DI PARKINSON

Malattia neurodegenerativa per la quale, ai fini del riconoscimento, la diagnosi deve essere testimoniata attraverso idonea documentazione clinica che descriva i test, le valutazioni diagnostico-strumentali e relativi risultati coerenti con i criteri medico scientifici di diagnosi accreditati nelle linee guida internazionali specificatamente per la malattia di Parkinson. Nella definizione sono escluse altre sindromi neurologiche degenerative e malattie extrapiramidali (parkinsonismi).

MORBO DI ALZHEIMER

Malattia neurodegenerativa per la quale, ai fini del riconoscimento, la diagnosi deve essere testimoniata attraverso idonea documentazione clinica che descriva i test, le valutazioni diagnostico-strumentali e relativi risultati che siano previsti dai criteri medico scientifici di diagnosi accreditati nelle linee guida internazionali.

Ai fini della valutazione di tale condizione è richiesta, se non già presente nella documentazione clinica, la relazione di un medico specialista in neurologia o geriatria, redatta successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici (test Mini Mental Status Esame di Folstein), di tomografia assiale computerizzata (TC) e/o Risonanza Magnetica (RM).

PERDITA DELLA VISTA

Si intende la perdita permanente della vista in entrambi gli occhi come conseguenza di una malattia o infortunio nella misura in cui l'acuità visiva risulti minore o uguale ad 1/10 in entrambi gli occhi o nella misura in cui il campo visivo sia ridotto di arco a 20 gradi o meno a prescindere dalla corretta acuità visiva. Ai fini del riconoscimento è richiesta la presentazione di idonea documentazione clinica comprensiva degli esami diagnostico strumentali eseguiti. La società potrà richiedere per tale condizione approfondimenti ed eventuali altri esami ritenuti necessari dalla compagnia (es. potenziali visivi corticali etc.).

SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

Si intende la diagnosi di malattia neurodegenerativa del motoneurone nota in letteratura medica con il nome di Sclerosi Laterale Amiotrofica. Ai fini del riconoscimento la patologia deve essere testimoniata da idonea documentazione clinica riportante gli esiti dei test ed esami diagnostico strumentali previsti dalle attuali raccomandazioni internazionali contenute nelle linee guida medico scientifiche sulla materia.

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA SEVERA CON NECESSITA' DI TRATTAMENTO DIALITICO

Si intende con tale condizione l'insufficienza renale severa ed irreversibile di entrambi i reni che ha imposto all'assicurato l'avvio del trattamento dialitico secondo la valutazione del medico nefrologo. Ai fini del riconoscimento della condizione è necessaria idonea documentazione clinica comprovante l'inserimento dell'assicurato in un programma di emodialisi renale periodica e continuativa. Non sono inserite in tale definizione le insufficienze renali acute reversibili che richiedano un trattamento dialitico temporaneo.

CARENZA

Relativamente agli stati patologici insorti precedentemente alla data di efficacia della copertura e non conosciuti dall'Assicurato, la garanzia sarà efficace per gli eventi che si manifestino a partire dalla data effetto della presente garanzia ad eccezione di quanto indicato in merito alle neoplasie maligne e neoplasie in situ.

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato o i suoi aventi causa devono presentare denuncia alla Società corredata dalla relativa documentazione medica ed eventuali certificazioni di malattia inoltrate all'INPS, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della garanzia, l'Assicurato o i suoi aventi causa, sotto pena di decadenza della

relativa prestazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti della patologia o evento indennizzabile.

La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di della patologia denunciata con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico della Società medesima.

5.24. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente (copertura operante per il solo titolare)

5.24.1 Oggetto della copertura

La Società, nel limite dell'importo mensile garantito di cui al punto "Limite di spesa mensile garantito", garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo Piano assistenziale Individualizzato (PAI) e "Prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / rimborso spese in caso di permanenza in RSA" punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'iscritto.

5.24.2 Condizioni di associabilità

All'effetto del Piano sanitario, ai fini dell'operatività della copertura, le persone per cui è prevista la copertura devono rientrare nelle seguenti condizioni di associabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a) Lavarsi
 - b) Vestirsi e svestirsi
 - c) Andare al bagno e usarlo

- d) Spostarsi
 - e) Continenza
 - f) Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
 3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
 4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

5.24.3 Limite di spesa mensile garantito

Nel caso in cui l'Isritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate, **corrisponde a € 600,00 per una durata massima di 3 anni.**

5.24.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

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

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

– Nutrirsi.

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

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

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

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo 0

2° grado

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

3° grado

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

VESTITIRSI E SVESTITIRSI PUNTEGGIO

1° grado

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

2° grado

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

3° grado

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

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare in bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno 0

2° grado

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

3° grado

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

SPOSTARSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

2° grado

L'iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore 5

3° grado

L'iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi 10

CONTINENZA

PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è completamente continente 0

2° grado

L'iscritto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno 5

3° grado

L'iscritto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia 10

NUTRIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti. 0

2° grado

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

- sminuzzare/tagliare cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere 5

3° grado

L'iscritto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale 10

5.24.5 Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / rimborso spese in caso di permanenza in RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito dal Piano sanitario, dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde **800-009654** (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del limite di spesa mensile previsto e previa valutazione della Società, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

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

A seguito del contatto telefonico l'Iscritto, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, dovrà produrre idonea documentazione. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

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

Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, la Società, nei limiti del limite di spesa mensile garantito, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Iscritto che nelle strutture stesse.

All'Iscritto verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Società, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Iscritto, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Iscritto, per accettazione del PAI.

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

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

La Società procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate con la Società stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

Qualora l'Isritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute la società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute nei limiti previsti dalla copertura.

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

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

2) Nel caso in cui la Società riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Isritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Isritto o dai familiari.

Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Isritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Isritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con la Società utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

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

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Isritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, la Società rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Società, nei limiti del limite di spesa mensile garantito.

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

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

Laddove il punteggio assegnato dalla Società al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Isritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Isritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Isritto o dai familiari. Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Isritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

4) Qualora l'Isritto sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), la Società provvederà a rimborsargli, nei limiti del limite di spesa mensile garantito, esclusivamente la retta mensile.

5.24.6 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della società

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

a) chiamare il numero verde gratuito **800-009654** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.

b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Isritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto;

- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l'impossibilità per la Società di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

La Società ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Isritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

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

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto è

ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Isritto, dovrà essere inviata alla Società.

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

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

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Isritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dal Piano sanitario all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

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

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Isritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto previsto dal Piano sanitario, con le modalità di cui ai successivi punti, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione

richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Isritto.

5.24.7 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi

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

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

1) Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto 1), avvalendosi quindi di strutture e/o di personale convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'Isritto opti per il pagamento diretto da parte della compagnia, della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Isritto oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Isritto.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Isritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non

contenute nelle coperture del Piano sanitario, eccedenti la somma mensile garantita o non autorizzate dalla Società.

II) Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Isritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

Il pagamento di quanto spettante all'Isritto viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Isritto, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

5.24.8 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Il Piano sanitario si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

5.25. Diagnosi comparativa

Il Piano sanitario offre all'Isritto la possibilità di ricevere un secondo e qualificato parere in merito alla formulazione di una diagnosi già ricevuta o di un'impostazione terapeutica **già prescritta dal medico curante e/o dai sanitari curanti**, con le indicazioni più utili per trattare la patologia in atto grazie all'autorevole consulenza di esperti internazionali delle diverse discipline specialistiche individuati da Unisalute.

Per l'attivazione della garanzia l'Isritto deve contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico di UniSalute la documentazione sanitaria necessaria da inviare ai fini dell'individuazione della miglior cura della patologia.

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

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

5.26. Servizio Monitor Salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 50 anni.

Per attivare il Servizio, l'Isritto dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Isritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Isritto seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali; sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Isritto al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Isritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Isritto.

Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Isritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

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

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Isritto potrà contattare il numero verde dedicato 800169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Isritto potrà contattare il numero verde dedicato 800244262.

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

5.26.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Assicurati che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati al punto "Servizio Monitor Salute", la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici

strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

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

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura massima di **€ 75,00** per prestazione.

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

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

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 per persona.

5.27. SiSerenò – Prestazioni di psicoterapia online

L'Iscritto avrà la possibilità di effettuare da remoto un percorso psicologico online tramite canale video con psicologi e psicoterapeuti regolarmente iscritti all'Albo.

La garanzia comprende sino a **n.3 sedute nell'arco del biennio** della copertura per il titolare ed ogni componente del nucleo familiare.

Le eventuali sedute successive saranno a carico dell'Iscritto a tariffa scontata.

Per l'attivazione del percorso, l'Iscritto dovrà utilizzare il link presente nella propria area riservata sul sito www.unisalute.it; compilando il

questionario avrà la possibilità, tramite Sisalute, di scegliere il professionista e prenotare i videoconsulti.

Il Servizio SiSerenò è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute S.r.l., società di servizi, controllata da Unisalute S.p.A., che gestisce servizi sanitari integrativi.

5.28. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009654** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso
- modalità di richiesta di rimborso

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.

6. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie

- e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
 5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
 6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
 7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Isritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
 8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
 9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
 11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
 12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Isritto con dolo o colpa grave;
 13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
 14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed

eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;

15. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;

16. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

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

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

Limitatamente alle coperture “Prestazioni odontoiatriche particolari”, “Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico” e “Implantologia(copertura operante per il solo titolare)” il Piano sanitario non è operante per:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al paragrafo “Stati di non autosufficienza consolidata/permanente – protezione completa” in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall’Iscritto con dolo o colpa grave;
3. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
4. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l’Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
5. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
6. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali

ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

7. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Isritto di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
8. di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
9. di partecipazione attiva dell'Isritto ad atti criminali;
10. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
11. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
12. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

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

7. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

7.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dalle ore 00 del **01/01/2026** alle ore 00 del **01/01/2028** salvo proroghe o rinnovi.

Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

7.2. Inclusioni/esclusioni

Le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati:

1) Inserimento di nuovi dipendenti e del relativo coniuge fiscalmente a carico in data successiva all'effetto di polizza.

Le inclusioni di dipendenti e dei relativi coniugi fiscalmente a carico in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e del relativo coniuge fiscalmente a carico decorre dal primo giorno del mese di assunzione del dipendente sempreché questa venga comunicata a Unisalute entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la copertura decorrerà dal giorno di comunicazione a Unisalute.

2) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente assicurato e relativo coniuge fiscalmente a carico così come da stato di famiglia, vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza semestrale successiva.

3) Decesso

Nel caso di decesso del/della dipendente titolare, le garanzie restano pienamente operanti per il nucleo superstite fino alla prima scadenza semestrale della presente polizza. Per i periodi assicurativi successivi non sarà più possibile l'attivazione della presente copertura.

Nel caso di decesso di un familiare, le garanzie restano pienamente operanti per il nucleo superstite.

7.3. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.

Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina. Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero. Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

7.4. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento dell'80° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento dell'81° anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'80° anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

7.5. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

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

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

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;

- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Iscritto.

7.7. Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Iscritto.

7.8. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.**

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

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 del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, 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 ed esaustiva 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 Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

7.9. Diritto all'oblio oncologico

A partire dal 2 gennaio 2024 in conformità alla Legge 7 dicembre 2023 n.193 che ha introdotto il "diritto all'oblio oncologico", l'Assicurato, guarito da una patologia oncologica senza episodi di recidiva ha diritto a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla legge.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito www.unisalute.it Informativa Oblio Oncologico.

7.10. Informativa "home insurance" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento ivass 41/2018 – ove sussistano i requisiti

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

7.11. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia). Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. lsvap n.2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicuratrici: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 307,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 130,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2024, è pari ad € 144,17 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 38,10 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 290,22 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2024, pari a 2,01 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,62 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

TABELLA 1 – Anamnesi clinica degli elementi dentali e dei tessuti parodontali

Si prega di barrare con una X gli elementi interessati

Codice	Descrizione	Indicare gli elementi interessati																																		
X	ELEMENTO MANCANTE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3
O	OTTURAZIONE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
D	DEVITALIZZAZIONE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
IN	INTARSIO	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RIC	RICOSTRUZIONE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
W	CORONA PROTESICA SINGOLA	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
F	FIXTURE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PF	ELEMENTO DI PROTESI FISSA	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PM	ELEMENTO DI PROTESI MOBILE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
P	PERNO MONCONE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
S	ELEMENTO DI SCHELETRATO	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
DP	DENTE PILASTRO	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
C	CARIE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3

		4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2

RA	RESIDUO RADICOLARE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
FC	FRATTURA CORONALE	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
EN V	ELEMENTO NON VITALE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
ED P	ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
EM P	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO +	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
EM 1	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
EM 2	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
EM 3	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
RG MI	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER I	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
RG MII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER II	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
CO R	CISTI (ODONTOGENA O RADICOLARE)	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
DO A	DIFETTO OSSEO ANGOLARE	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
ERI	ELEMENTO RITENUTO OD INCLUSO	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
FR	FRATTURA RADICOLARE	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2

		4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

C CI	CURA CANALARE INCONGRUA	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
G P	GRANULOMA PERIAPICALE	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
		4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

TABELLA 2 – Patologie del cavo orale

Indicare per esteso il quadro clinico rilevato: si prega di scrivere in stampatello in modo chiaro e leggibile.

(Es.: recessione gengivale classe di Miller III: 1° e 2° quadrante; leucoplachia: mucosa geniena destra; frenulo: linguale; riassorbimento osseo orizzontale: diffuso; altre patologie delle mucose orali: mucocele labbro inferiore; ecc.)

Codice	Descrizione	Indicare se presente
MLCI	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I	
MLCII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II	
MLCIII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE III	
TP	TORUS PALATINO	
TM	TORUS MANDIBOLARE	
FT	FRENULO TECTOLABIALE	
E	EPULIDE (GRANULOMA A CELLULE GIGANTI)	

L	LEUCOPLACHIA	
ESLT	ERITOPLACHIE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI	
APMO	ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI	
FRE	FRENULO	
RCGMIII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III	
RCGMIV	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV	
ROO	RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE	

ATTENZIONE: nella scheda anamnestica vanno segnate le preesistenze (carie, elementi assenti, corone, otturazioni, fratture, ecc.) E NON le cure effettuate.

ATTENZIONE: La scheda anamnestica va compilata per l'intero cavo orale, non soltanto per il distretto oggetto di cure.

Note:

Firma dell'odontoiatra

Data

9. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via

laparotomica

- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in copertura solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

