

**Piano sanitario integrativo**  
per i lavoratori dipendenti di imprese del settore  
della Grafica, Editoria, Carta e Cartotecnica ed affini



**Regolamento  
del Fondo  
di Assistenza  
Sanitaria  
Integrativa  
Salute Sempre**

in collaborazione con

**UniSalute**  
SPECIALIST IN MULTIFUNCTIONAL SAFETY

Stampa a cura di



Via Ercolano Salvi, 18 – 00143 Roma

## PARTI ISTITUTIVE

Il Fondo è stato costituito dalle Associazioni Industriali di Categoria:

---

**AIE** – Associazione Italiana Editori;

**ANES** – Associazione Nazionale Editoria Periodica Specializzata;

**ASSOCARTA** – Associazione Italiana fra gli Industriali della Carta, Cartoni e Pasta per Carta;

**ASSOGRAFICI** – Associazione Nazionale Italiana Industrie Grafiche, Cartotecniche e Trasformatrici e dalle Organizzazioni Sindacali dei Lavoratori;

**FISTEL CISL** – Federazione Sindacale CISL-Stampa, Telecomunicazione e Spettacolo;

**SLC CGIL** – Sindacato Lavoratori Comunicazione;

**UILCOM** – Unione Italiana Lavoratori Comunicazione;

**UGL** Chimici–Sindacato Nazionale Carta e Stampa.



# Guida al Piano sanitario Fondo Salute Sempre

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

Le prestazioni del piano sono garantite da:



Per tutte le prestazioni previste dal Piano sanitario diverse dal Ricovero

Consulti:

[www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)

Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero  
è OPPORTUNO contattare preventivamente il

**Numero Verde 800-009605**

dall'estero: prefisso per l'Italia

**+ 051-6389046**

orari: 8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

**Per informazioni:**

**Salute Sempre Tel/Fax 06-37527028**

**Tel 06-37350433 - [info@salutesempre.it](mailto:info@salutesempre.it)**

**[www.salutesempre.it](http://www.salutesempre.it)**

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

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

**Unisalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna**

**fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.**

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

I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

## Sommario

<b>1. SOMMARIO</b>	<b>8</b>
<b>1. PRESENTAZIONE</b>	<b>9</b>
<b>2.1 I SERVIZI ON LINE SU WWW.UNISALUTE.IT</b>	<b>9</b>
2.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'area clienti riservata?	
2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	
2.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	
2.4. Come faccio a chiedere online il rimborso di una prestazione?	
2.5. Come faccio a consultare l'estratto conto online e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	
2.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	
2.7. Come posso ottenere pareri medici on-line?	
<b>3. INTRODUZIONE</b>	<b>10</b>
<b>4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA</b>	<b>10</b>
<b>5. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO</b>	<b>11</b>
5.1. Per prima cosa contattare il Fondo Salute Sempre	
5.2. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per Salute Sempre	
5.3. Prestazioni in strutture non convenzionate	
5.4. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale	
<b>6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO</b>	<b>12</b>
<b>6.1. RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL CHIRURGICO (PER I SOLI INTERVENTI IN ELENCO) IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO, COMPRESO IL PARTO CESAREO</b>	
6.1.1 Trasporto sanitario	
6.1.2 Trapianti a seguito di malattia e infortunio	
6.1.3 Indennità sostitutiva	
6.1.4 Neonati - figli di Iscritti	
<b>6.2. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL MEDICO (PER LE PATOLOGIE IN ELENCO, COMPRESO PARTO NATURALE, ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO (COPERTURE SOTTO DESCRITTE OPERANTI PER IL SOLO TITOLARE)</b>	
6.2.1 Indennità sostitutiva ricovero medico – parto non cesareo – aborto terapeutico/spontaneo	
<b>6.3. IL LIMITE DI SPESA ANNUO COMUNE DELL'AREA RICOVERO</b>	
<b>6.4. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE</b>	
<b>6.5. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI SPECIFICI,</b>	

TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

<b>6.5.1</b> Visite specialistiche	
<b>6.5.2</b> Accertamenti diagnostici specifici	
<b>6.5.3</b> Ticket per accertamenti diagnostici	
<b>6.6</b> TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNI SUL LAVORO, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI I QUALI ABBIANO DATO ORIGINE A RICOVERO (COPERTURA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE)	
<b>6.6.1</b> Trattamenti fisioterapici da infortunio sul lavoro	
<b>6.6.2</b> Trattamenti fisioterapici da infortuni extraprofessionali	
<b>6.6.3</b> Modalità di erogazione delle prestazioni	
<b>6.7</b> PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE	
<b>6.8</b> PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	
<b>6.9</b> PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	
<b>6.10</b> GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI	
<b>6.11</b> PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO	
<b>6.12</b> STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE (COPERTURA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE)	
<b>6.12.1</b> Oggetto della copertura	
<b>6.12.2</b> Condizioni di operatività della copertura	
<b>6.12.3</b> Somma garantita	
<b>6.12.4</b> Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente	
<b>6.12.5</b> Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente	
<b>6.12.6</b> Richiesta erogazione servizi di assistenza	
<b>6.12.7</b> Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	
<b>6.13</b> Piani Assistenziali Socio-Assistenziali	
<b>6.14</b> SERVIZI DI CONSULENZA	

<b>7. CONTRIBUTI (INSERIMENTO FAMILIARI)</b>	<b>23</b>
<b>8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIAN</b>	<b>23</b>
<b>9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI</b>	<b>24</b>
9.1 Estensione territoriale	
9.2 Limiti di età	
9.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	
<b>10. STRUTTURE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO SALUTE SEMPRE</b>	<b>24</b>

**ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI**



## 2. PRESENTAZIONE

Con la “Guida al Piano sanitario Fondo Salute Sempre” intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano. Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione. All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano. La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

### 2.1 I SERVIZI ON LINE SU WWW.UNISALUTE.IT

L'utilizzo di internet permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le tue operazioni di rimborso e di aggiornamento dei propri dati. In questa sezione presentiamo i servizi on-line a tua disposizione sul sito unisalute. Sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) è possibile accedere ad una serie di funzionalità riservate agli Iscritti, pensate appositamente per agevolarli nell'utilizzo del Piano sanitario.

- Prenotare direttamente on-line presso le strutture convenzionate le visite o gli esami non connessi ad un ricovero; Tali servizi sono attivi a partire dal 26/06/2013
- verificare e aggiornare i propri dati e le proprie coordinate bancarie;
- richiedere i rimborsi e stampare il modulo di richiesta rimborso;
- verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviateci;
- consultare l'estratto conto on-line;
- consultare le prestazioni del proprio Piano sanitario;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate;
- ottenere pareri medici on-line.

#### 2.1. Come faccio a registrarmi al sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) per accedere ai servizi nell'area clienti riservata?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti che trovi sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

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

Nella home page del sito [www.unisalute.it](http://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.

### 2.2. 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. Una volta effettuato il log-in al sito, basta accedere alla sezione “Prenotazione visite ed esami”. 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.

### 2.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e accedi alla sezione “Aggiorna dati e denuncia sinistri”. Successivamente è necessario selezionare la funzione di interesse. In base alle tue esigenze puoi:

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

### Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Potrai infatti ricevere 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 che ci hai inviato per il rimborso; richiesta del codice IBAN, se mancante; conferma dell'avvenuto rimborso.

### 2.4. Come faccio a chiedere online il rimborso di una prestazione?

Effettua il Login al sito cliccando su Entra/Login e accedi alla sezione “Aggiorna dati e denuncia sinistri”. Successivamente è necessario selezionare la funzione di interesse. La procedura è semplice e ti consente di velocizzare i tempi di elaborazione dei documenti e quindi di rimborso. Per permetterti un rapido e corretto caricamento dei documenti relativi alla richiesta di rimborso puoi consultare la guida online “come caricare i documenti” ed utilizzare le note posizionandoti con il puntatore del mouse sopra il simbolo “i”. Alla fine la procedura propone di stampare il Modulo di richiesta rimborso/denuncia del sinistro.

Per ottenere il rimborso ricordati di stamparlo e di inviarlo a Fondo Salute Sempre presso: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO, unitamente a copia di tutta la documentazione relativa alla presta-

zione di cui richiedi il rimborso.

### **2.5. Come faccio a consultare l'estratto conto online e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?**

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e accedi alla sezione "Estratto conto e rimborsi". L'estratto conto online è stato realizzato per fornirti un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso. L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento. Puoi visualizzare tutte le informazioni di tuo interesse:

- quelle personali;
- quelle dell'anno passato per necessità fiscali;
- quelle in corso.

E' inoltre possibile visualizzare lo stato delle richieste di rimborso:

- pagate;
- non rimborsabili;
- in fase di lavorazione.

Inoltre 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.

### **2.6. 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 alla sezione "Prestazioni e strutture convenzionate". Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

### **2.7. Come posso ottenere pareri medici on-line?**

Nell'Area Clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici on-line, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere. Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

## **3. INTRODUZIONE**

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo Salute Sempre, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute. E' interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano. Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Salute Sempre ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Salute Sempre, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi sviluppata dalla Società Unisalute con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (Case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire, nella maggior parte dei casi, le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti alle singole garanzie. Tale meccanismo è in grado di garantire ulteriormente forti sconti e agevolazioni agli Iscritti, anche per le prestazioni che non siano coperte dalle garanzie del Piano sanitario Fondo Salute Sempre.

## **4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA**

La copertura è prestata a favore dei lavoratori dipendenti non aventi qualifica di dirigenti del settore grafico-editoriale e affini i quali abbiano accettato entro la data di effetto indicata nel piano l'attivazione della presente copertura. La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente iscritto al Fondo, ai seguenti familiari risultanti dallo stato di famiglia:

- Coniuge/convivente more uxorio;
- figli minorenni;
- figli fiscalmente a carico fino ai 26 anni;
- i figli con un grado di invalidità superiore al 66%;

In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo

**L' inclusione dei familiari che il dipendente decide di inserire nel piano sanitario, sarà possibile nel corso del 1° trimestre 2014, secondo le modalità previste dal Fondo.**

stato di famiglia. Qualora un Iscritto decida di escludere dalla copertura un familiare precedentemente inserito, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

## 5. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

### 5.1. Per prima cosa contattare il Fondo Salute Sempre

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche occorre che consulti il sito internet [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) – Area Clienti - per tutte le prestazioni diverse dal Ricovero, mentre per tutte le informazioni dell'area Ricovero è opportuno contattare preventivamente il numero verde 800-009605. Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a Sua disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano sanitario. Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel Piano sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Iscritto a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti. Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture). E' bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

### 5.2. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre

UniSalute ha predisposto per gli iscritti al Fondo Salute Sempre un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato. I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società, e dunque agli Iscritti al Fondo Salute Sempre. L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

L'Iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni vantaggi rilevanti:

- Non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili ove previste;
- Può utilizzare per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario la funzione di prenotazione on line presente nell'area riservata del sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) che gli permette di sapere immediatamente se la prestazione che l'iscritto sta prenotando è coperta dal Piano sanitario e se i medici scelti sono convenzionati. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'iscritto riceverà, a mezzo telefono,

mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito delle prenotazioni medesima. Nell'impossibilità di accedere al sito e nei casi di ricovero l'iscritto dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800-009605;

- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società garantisce i livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Iscritto dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. L'Iscritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti. L'Iscritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione: Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre consultare il sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) nell'Area Riservata. Tale funzionalità on line è estremamente utile perché permette di sapere in modo veloce se la prestazione richiesta è coperta dal Piano sanitario e di conoscere immediatamente se il medico scelto è convenzionato. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Per le prenotazioni è possibile anche contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800-009605

### 5.3. Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano sanitario prevede anche la facoltà dell'Iscritto di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate. Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni. All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo Salute Sempre (presso UNISALUTE SPA –Rimborsi Clienti – c/o CMP BO – via Zanardi, 30 – 40131 Bologna BO) la documentazione necessaria di seguito indicata.

- Il modulo di richiesta rimborso debitamente compilato in ogni sua parte, scaricabile direttamente dal sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)
- in caso di ricovero, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimis-

sione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

- 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.

- La prescrizione medica in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante in caso di prestazioni extraricovero;
- Documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanzamento.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Fondo Salute Sempre avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Isritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Isritto stesso avrà fornito. L'Isritto deve consentire eventuali controlli medici ove siano necessari e fornire ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato. La Compagnia provvederà a rimborsare l'Isritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

### COME VISUALIZZARE LO STATO DEI PROPRI RIMBORSI

Il modo più veloce per verificare lo stato dei propri rimborsi è tramite il sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) - Area Riservata - Sinistri/rimborsi accessibile tramite username e password, che garantiscono la riservatezza dei dati. L'Isritto potrà verificare la sua posizione sempre aggiornata relativamente alla documentazione che ci ha inviato.

### 5.4. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato. Ma non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini anche ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Isritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano sanitario predisponde due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero

essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- Qualora l'Isritto sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Isritto;

Per ottenerne il rimborso, l'Isritto deve inviare la documentazione necessaria (copie della fatture e/o ricevute fiscali) al seguente indirizzo: Fondo Salute Sempre (presso UNISALUTE SPA - Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO).

- Corresponsione in caso di ricovero di un'indennità sostitutiva giornaliera, le cui modalità descriveremo più avanti.

### 6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- Ricovero con intervento chirurgico/day hospital chirurgico (per gli interventi in elenco) in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio, compreso parto cesareo;
- Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio senza intervento chirurgico/day hospital medico (per le patologie elencate), compreso il parto naturale, aborto terapeutico-spontaneo (coperture del presente punto operanti per il solo titolare);
- Prestazioni di alta specializzazione;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici specifici;
- Ticket per accertamenti diagnostici;
- Trattamenti fisioterapici da infortuni sul lavoro (copertura operante per il solo titolare);
- Trattamenti fisioterapici da infortuni extraprofessionali che abbiano dato origine a ricovero (copertura operante per il solo titolare);
- Prestazioni a tariffe agevolate;
- Prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;
- Prestazioni odontoiatriche particolari;
- Grandi interventi odontoiatrici;
- Prestazioni odontoiatriche da infortunio;
- Stati di non autofficienza consolidata/permanente (copertura operante per il solo titolare);
- P.A.I.;
- Servizi di consulenza.

## **6.1 RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL CHIRURGICO (PER I SOLI INTERVENTI IN ELENCO) IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO, COMPRESO IL PARTO CESAREO**

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

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

### **Pre-ricovero:**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 40 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infornuto 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 e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Sono compresi nella copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

### **Rette di degenza**

Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

### **Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la copertura è prestata nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero.

### **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 35 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 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infornuto che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i me-

dicinali\*\*.

RELATIVAMENTE AL POST RICOVERO SI PRECISA CHE:

- \* le suddette prestazioni sono comprese in copertura qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura.
- \*\* i medicinali sono compresi in copertura se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

#### **• In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture stesse, ad eccezione del punto "Assistenza infermieristica privata individuale" prevede specifici limiti.

#### **• In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 100,00, ad eccezione delle coperture di "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti. Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata da UniSalute per il Fondo Salute Sempre, un intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate.

#### **• In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto (punto 6.1.3). "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Isritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, verrà rimborsato integralmente quanto anticipato dall'Isritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva". Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Isritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato ai punti "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati" o "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate da UniSalute".

#### **6.1.1 Trasporto sanitario**

La Compagnia rimborsa le spese di trasporto dell'Isritto 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 mas-

simo di € 2.200,00 per ricovero.

### 6.1.2 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Compagnia rimborsa le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio con intervento chirurgico, compreso il parto cesareo e il day-hospital chirurgico" e 6.1.1 "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, la prestazione prevede 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.

### 6.1.3 Indennità sostitutiva

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 90,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 160 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 suindicato per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

### 6.1.4 Neonati - figli di Iscritti

La Compagnia provvede al rimborso delle spese per interventi chirurgici (come elencati in calce) effettuati nei primi due anni di vita del neonato, anche non inserito in copertura, per la correzione di malformazioni congenite. Sono comprese in copertura le spese per:

- le visite e gli accertamenti diagnostici effettuati nei 35 giorni pre intervento e nei 100 giorni post intervento;
- intervento chirurgico retta di degenza (come sopra dettagliato);
- l'assistenza medica, medicinali, cure (come sopra dettagliato)
- retta di degenza (come sopra dettagliato)
- assistenza infermieristica privata individuale (come sopra dettagliato);
- la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo di ricovero con il limite giornaliero di € 55,00.

Il sottolimito annuo per la presente copertura è di € 11.000,00 per neonato.

## 6.2 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL MEDICO (PER LE PATOLOGIE IN ELENCO, COMPRESO PARTO NATURALE, ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO (COPERTURE SOTTO DESCRITTE OPERANTI PER IL SOLO TITOLARE)

Il ricovero senza intervento chirurgico/day hospital medico è coperto dal Piano sanitario per le sole sottostanti patologie o a seguito di parto naturale, aborto terapeutico/spontaneo:

- Infarto miocardico acuto: Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: 1) dolore precordiale, 2) alterazioni tipiche all'ECG, 3) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
  - Ictus cerebrale: (accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio.
  - Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola copertura in oggetto vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III° e IV° stadio di Clarke.
  - Insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica.
- Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'iscritto venga ricoverato per un ricovero medico, può godere delle seguenti prestazioni:

### Pre-ricovero:

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 40 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.

### Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Sono compresi nella copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

## **Rette di degenza**

Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

## **Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la copertura è prestata nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero.

## **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 35 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 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infornuto che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali\*\*.

RELATIVAMENTE AL POST RICOVERO SI PRECISA CHE:

- \* le suddette prestazioni sono comprese in copertura qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura.
- \*\* i medicinali sono compresi in copertura se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

## **• In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture stesse.

> In caso di parto naturale/aborto terapeutico la copertura è prestata fino ad un massimo (sottolimito) di € 5.000,00 per anno associativo e per Iscritto, fermo il resto.

## **• In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura del 75%, ad eccezione della copertura "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevede specifici limiti.

> In caso di parto naturale/aborto terapeutico la copertura è prestata fino ad un massimo (sottolimito) di € 5.000,00 per anno associativo e per Iscritto, fermo il resto. Le spese verranno rimborsate al 100% fino a concorrenza della somma massima prevista.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata da UniSalute per il Fondo Salute Sempre, un ricovero da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate.

## **• In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto (punto 6.2.1). "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Iscritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, verrà rimborsato integralmente quanto anticipato dall'Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva". Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati o "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate da UniSalute".

## **6.2.1 Indennità sostitutiva ricovero medico – parto non cesareo – aborto terapeutico/spontaneo.**

In caso di:

- ricovero medico (per le sole patologie sopra specificate);
- day hospital medico (per le sole patologie sopra specificate);
- parto non cesareo;
- aborto terapeutico;
- aborto spontaneo;

l'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 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 suindicato per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

## **6.3 IL LIMITE DI SPESA ANNUO COMUNE DELL'AREA RICOVERO (CHIRURGICO E MEDICO)**

Il Piano sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a € 160.000,00 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

avere ulteriori prestazioni.

Il limite di spesa annuo è unico e comune per l'insieme delle prestazioni di cui al paragrafo 6. 1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio con intervento chirurgico, compreso il parto cesareo e il day-hospital chirurgico" e 6.2 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio senza intervento chirurgico, compreso il parto naturale, day hospital medico (copertura operante per il solo titolare)".

#### 6.4 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

##### Alta diagnostica radiologica

(esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- 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
- Vescicolodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

##### Accertamenti

- Electroencefalografia
- PET
- Risonanza
- Scintigrafia
- TAC
- Campimetria visiva
- Cisternografia
- Coronarografia

##### Terapie

- Dialisi
- Radioterapia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto. 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**

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

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

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

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



## 6.5 VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI SPECIFICI, TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La disponibilità annua a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo 6.5 "Visite specialistiche, accertamenti diagnostici specifici, ticket per accertamenti diagnostici" è di € 1.200,00 per nucleo familiare.

### 6.5.1 Visite specialistiche

La Compagnia 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 odontoiatriche ed ortodontiche. Rientra in garanzia 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. La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Isritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Salute Sempre e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

#### • In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Isritto di € 25,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

#### • In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

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

### 6.5.2 Accertamenti diagnostici specifici

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per i seguenti accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio:

- Biopsia;
- Ecodoppler cardiaco compreso color;
- Ecocolor Doppler arti inferiori e superiori;
- Ecocolor Doppler aorta addominale;
- Ecocolor Doppler tronchi sovraortici;

- endoscopie diagnostiche.
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter).

La copertura è prevista nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati. Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Isritto di € 25,00 per ogni prestazione, che dovrà essere versata dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

### 6.5.3 Ticket per accertamenti diagnostici

La Compagnia provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

## 6.6 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNI SUL LAVORO, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI I QUALI ABBIANO DATO ORIGINE A RICOVERO (COPERTURA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE)

Il limite di spesa annuo a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo 6.6 "Trattamenti fisioterapici da infortuni sul lavoro, trattamenti fisioterapici da infortuni extraprofessionali (copertura operante per il solo titolare)" è di € 1.200,00 per Isritto. Per la copertura di cui al punto 6.6.2 "Trattamenti fisioterapici da infortuni extraprofessionali" è operante un sottolimito annuo di € 700,00 per Isritto

### 6.6.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO SUL LAVORO

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici resi necessari da infortunio sul lavoro, accaduto successivamente alla decorrenza del Piano sanitario.

- L'infortunio che ha dato origine al sinistro deve essere riconosciuto e documentato da idonea attestazione dell'I.N.A.I.L.

### 6.6.2 Trattamenti fisioterapici da infortuni extraprofessionali

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici resi necessari da infortunio extraprofessionale (al di fuori dell'attività lavorativa) accaduto successivamente alla decorrenza del Piano sanitario e che abbia dato origine a un ricovero. La documentazione necessaria per la liquidazione delle spese consiste in copia della cartella clinica conforme all'origi-

nale dalla quale si evince il ricorso preventivo al Pronto Soccorso.

### 6.6.3 Modalità di erogazione delle prestazioni

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società, alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15%. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Isritto allegghi alla copia della fattura la documentazione sopra indicata.

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

La Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Isritto allegghi alla copia della fattura la documentazione sopra indicata.

## 6.7 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora per una delle prestazioni appartenenti a una delle garanzie sopra indicate non sia attivabile la copertura nel piano sanitario per esaurimento della somma annua a disposizione o prestazione inferiore all'importo a carico dell'Isritto e rimanga a totale carico dell'Isritto stesso, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della rete di strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Isritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 6.8 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione odontoiatrica (sono escluse le prestazioni di tipo estetico) non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento della somma annua a disposizione o perché inferiore ai limiti previsti e rimanga a totale carico dell'Isritto, 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 Isritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## 6.9 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto al capitolo 7 "Casi di non operatività del piano" al punto 3, la Compagnia provvede al pagamento di:

- ISCRITTO TITOLARE: una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di igiene orale(\*) professionale l'anno;
- NEL CASO DI ESTENSIONE DELLA COPERTURA AI FAMILIARI, sarà possibile effettuare per uno dei componenti del nucleo : una visita specialistica odontoiatrica e una seduta di igiene orale (\*) per anno.

E' possibile fruire delle prestazioni solamente in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Salute Sempre previa prenotazione attraverso canale Web o contattando la centrale operativa .

(\*) Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;

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

## 6.10 GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- asportazione di epulide senza resezione del bordo alveolare
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose;
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso

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 l'indennizzo (diretto o rimbor-

suale) e' da inviare a UniSalute prima di effettuare le prestazioni per avere l'autorizzazione e conferma di copertura a termini di polizza, sia in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate/personale convenzionato che in caso di strutture sanitarie non convenzionate/personale non convenzionato. La liquidazione delle competenze e' subordinata all'invio preventivo della sottostante documentazione:

RADIOGRAFIE E REFERTI RADIOLOGICI PER:

- osteiti mascellari;
- rizotomia e rizectomia;
- ricostruzione del fornice (per emiarcata), per questo intervento si rende necessaria anche la fotografia digitale post intervento;
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico, per questo intervento si rende necessaria anche la fotografia digitale post intervento.

RADIOGRAFIE, REFERTI RADIOLOGICI E REFERTI ISTOLOGICI PER:

- odontoma;
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- adamantinoma;
- neoplasie ossee.

RADIOGRAFIE E REFERTI RADIOLOGICI E/O FOTO PRE-POST OPERATORIE:

- iperostosi, osteomi (toro-palatino, toro-mandibolare ecc).

FOTOGRAFIE PRE E POST:

- Frenulectomia o frenulotomia.

PANORAMICA/IMMAGINE SCOUT DELLA TAC O FOTOGRAFIA PRE TRATTAMENTO + FOTOGRAFIA INTRA E/O POST TRATTAMENTO

- Scappucciamento osseo-mucoso di dente incluso.

#### **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società, alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto. Nel caso in cui non fosse possibile produrre, prima dell'esecuzione delle prestazioni, la documentazione completa, Unisalute provvederà ad inviare un fax alla struttura che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti Unisalute (anche per gli accertamenti propedeutici). Successivamente, con l'in-

vio della documentazione completa, Unisalute provvederà a valutare la copertura e, nel caso di conferma della stessa, a rimborsare le spese senza importi a carico dell'Iscritto.

#### **• In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 90% per intervento. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la documentazione sopra indicata.

#### **• In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

La Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la documentazione sopra indicata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 11.000,00 per nucleo.

### **6.11 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO**

In deroga a quanto previsto al capitolo 7 "Casi di non operatività del piano" al punto 3, la Compagnia liquida le spese per prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

Le spese odontoiatriche sono liquidate:

- in presenza di un certificato di pronto soccorso e dell'OPT (orto panoramica) relativa all'infortunio;
- e qualora le stesse comportino l'avulsione e/o la ricostruzione di almeno tre elementi.

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

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

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Salute Sempre e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

#### **• In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società, alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto.

#### **• In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

La Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Isritto alleggi alla copia della fattura la documentazione sopra indicata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 6.000,00 per nucleo familiare.

## **6.12 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE (COPERTURA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE)**

### **6.12.1 Oggetto della copertura**

La Compagnia garantisce l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Isritto (come indicata al successivo punto 6.12.3 "SOMMA GARANTITA") quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto 6.12.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente".

### **6.12.2 Condizioni di operatività della copertura**

Ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte non devono rientrare in una delle seguenti condizioni. Avere necessità di assistenza da parte di una terza persona per lo svolgimento di uno o più atti ordinari della vita di seguito elencati:

- 1) andare in bagno:** la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- 2) lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
- 3) mobilità:** la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
- 4) nutrirsi:** la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
- 5) spostarsi:** la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia alletto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici;
- 6) vestirsi, svestirsi:** la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Isritto, per la parte superiore o inferiore del corpo.

Nella valutazione dello stato di non autosufficienza verrà esclusa l'eventuale perdita di autosufficienza dell'Isritto negli atti elementari della vita quotidiana

na in modo permanente nei casi in cui siffatta incapacità sia conseguenza diretta di malattie organiche o lesioni fisiche già riconosciute o in essere prima dell'ingresso in copertura o di patologie a queste correlate.

### **6.12.3 Somma garantita**

L'entità della somma garantita, nel caso in cui l'Isritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto 6.12.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente", è correlata al valore aggiornato dell'assegno di accompagnamento I.N.P.S. Tale somma corrisponde attualmente a massimo € 6.396,00 annuali corrispondenti a massimo € 492,00 mensili X 13 mensilità. La somma garantita è da intendersi fruibile fintanto che l'Isritto al Fondo Salute Sempre sia beneficiario della copertura descritta.

### **6.12.4 Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente**

La perdita di autosufficienza dell'Isritto avviene quando l'Isritto è incapace di compiere in modo totale e presurnibilmente permanente almeno 4 delle seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana e necessita di assistenza continuativa da parte di una terza persona per lo svolgimento delle stesse.

Le 6 attività elementari della vita quotidiana sono così definite:

- 1) andare in bagno:** la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- 2) lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
- 3) mobilità:** la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
- 4) nutrirsi:** la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
- 5) spostarsi:** la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia alletto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici;
- 6) vestirsi, svestirsi:** la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Isritto, per la parte superiore o inferiore del corpo.

Nella valutazione dello stato di non autosufficienza verrà esclusa l'eventuale perdita di autosufficienza dell'Isritto negli atti elementari della vita quotidiana

na in modo permanente nei casi in cui siffatta incapacità sia conseguenza diretta di malattie organiche o lesioni fisiche già riconosciute o in essere prima dell'ingresso in copertura o di patologie a queste correlate.

### **6.12.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente**

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Isritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

a) chiamare il numero verde gratuito 800-009605 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre al Fondo ai fini della valutazione medica finale;

b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Fondo Salute Sempre – presso 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;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Isritto e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare 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);
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

La Compagnia 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 Compagnia, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura, decorre dal momento in cui la Compagnia considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza per-

manente dell'Isritto, sempre che lo stesso si trovi in una situazione di non autosufficienza ovvero si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno 4 dei 6 atti ordinari della vita:

**1) andare in bagno:** la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;

**2) lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);

**3) mobilità:** la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;

**4) nutrirsi:** la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;

**5) spostarsi:** la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia alletto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici;

**6) vestirsi, svestirsi:** la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Isritto, per la parte superiore o inferiore del corpo.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 6.12.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente", 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 6.12.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente", se l'Isritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, 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, dovrà essere inviata ad Unisalute.

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.

Unisalute 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 prose-

cuzione della liquidazione delle prestazioni previste dalla presente copertura all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari. Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato quando:

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

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura, con le modalità di cui ai punti 6.12.6 I) e 6.12.6 II) decorre dal momento in cui la documentazione sarà considerata completa per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Isritto.

#### **6.12.6 Richiesta erogazione servizi di assistenza**

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza secondo le condizioni del punto 6.12.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente" dà diritto all'Isritto che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere l'erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti al punto 6.12.3 "Somma garantita" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti 6.12.6 I) e 6.12.6 II): L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui potrà essere considerata completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di non autosufficienza dell'Isritto.

##### **I) Erogazione diretta delle prestazioni di assistenza.**

Qualora l'Isritto richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati da Unisalute per il Fondo Salute Sempre, lo stesso provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. La struttura e/o il personale sanitario 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 garantita o non autorizzate dalla Società.

#### **6.12.7 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza**

E' sempre fatta salva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Isritto, a controlli presso l'Isritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere

l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Isritto. In caso di rifiuto da parte dell'Isritto di sottoporsi ad un controllo o d'invviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso .

#### **6.13 PIANI ASSISTENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI**

Nei casi in cui l'Isritto si trovi in nella condizione descritta al punto "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente", oltre a quanto fornito nel punto precedente, la Compagnia metterà a disposizione tramite un infermiere Case Manager (ICM) la costruzione di Piani Assistenziali personalizzati socio-assistenziali, fornendo eventualmente oltre la somma annua a disposizione di cui sopra, anche le tariffe agevolate per badanti e per altre necessità informative/assistenziali domiciliari (il costo della prestazione è a carico dell'Isritto).

#### **6.14 SERVIZI DI CONSULENZA**

##### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-009605 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30. In Centrale Operativa è inoltre sempre presente, anche di notte e nei giorni festivi, almeno un medico pronto a fornire consulenze telefoniche urgenti agli Isritti i quali ne abbiano necessità.

##### Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 051- 0516389048.

##### a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- Strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- Centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- Farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

##### b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre.

##### c) Pareri medici immediati

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

## 7. CONTRIBUTI (INSERIMENTO FAMILIARI)

Il contributo annuo per il complesso delle prestazioni descritte, comprensivi di oneri fiscali, corrisponde a € 75,00 per ogni familiare inserito in copertura. I familiari inseribili in copertura sono descritti all'articolo 4. "Persone per cui è operante la copertura".

## 8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

### Il Piano sanitario non è operante per:

- 1) l'eliminazione o correzione di difetti fisici\* preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
- 2) qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione (salvo quanto previsto al paragrafo 6.9 "Prestazioni odontoiatriche particolari");
- 3) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 4) cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 100 giorni successivi allo stesso;
- 5) prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- 6) tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- 7) infortuni derivanti da atti dolosi dell'Isritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- 8) infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- 9) aborto volontario non terapeutico;
- 10) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
- 11) le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) quali- a titolo esemplificativo- apparecchi acustici, planetari e simili;
- 12) trattamenti sclerosanti;
- 13) i trattamenti fisioterapici (salvo quanto previsto al paragrafo 6.6 "Trattamenti fisioterapici da infortuni sul lavoro, trattamenti fisioterapici da infortuni extra-professionali (copertura operante per il solo titolare)" e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini;
- 14) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'ato-

mo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)

15) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;

16) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

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

Limitatamente alle prestazioni previste al paragrafo 6.10 "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

- 1) attività dolosa dell'Isritto;
- 2) partecipazione dell'Isritto a delitti dolosi;
- 3) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Isritto non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; la copertura si intende comunque esclusa in caso di uso di veicoli o natanti in competizioni- non di regolarità pura- e alle relative prove o allenamenti;
- 4) partecipazione attiva dell'Isritto ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Isritto non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Isritto si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Isritto implica l'esclusione dalla copertura sanitaria;
- 5) incidente di volo, se l'Isritto viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 6) malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- 7) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione descritta non viene erogata se è comprovato 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) atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari e/o batteriologiche e/o chimiche;
- 9) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioat-

tivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

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

## 9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

### 9.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

### 9.2 LIMITI DI ETÀ

La copertura può essere attivata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Iscritto titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza mensile di polizza, al compimento del 76° anno d'età da parte dell'Iscritto titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare la copertura cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare. Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza mensile limitatamente a questo Iscritto.

### 9.3 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)

#### A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre

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

#### B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

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

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc. ....) deve essere inviata in copia. La Compagnia potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, la Compagnia ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

## Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

## 10. STRUTTURE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO SALUTE SEMPRE

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo, per avere la migliore informazione su questo aspetto, occorrerà fare sempre riferimento al sito internet [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) oppure contattare la centrale operativa al numero verde 800-009605.

## ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

### NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- operazioni per encefalo meningocele
- lobotomia ed altri interventi di psicotomia
- talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- interventi per epilessia focale
- neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- emisferectomia
- idrocefalo ipersecretivo

### CHIRURGIA GENERALE

- Ernia femorale
- Intervento per asportazione delle neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

### OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare



- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Odontocheratoprotesi
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

#### OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale sfenoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Faringo-laringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare contemporaneo
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e delle tonsille con svuotamento gangliare
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario

- Palatoschisi totale

#### CHIRURGIA DEL COLLO

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

#### CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococchi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale
- Toracectomia
- Toracoplastica
- Asportazione del timo

#### CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Angioplastica con eventuale stent

- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sull'orta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Asportazione di tumori endocavitari del cuore
- Disostruzione by-pass aorta addominale
- Aneurismectomia ventricolare

#### CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per anastomosi mesenterica-cava
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per echinococchi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
- Intervento per neoplasie pancreatiche
- Intervento per pancreatiche acute o cronica per via laparotomica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale

- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Interventi per ulcera peptica post-anastomotica
- Interventi per via laparotomica per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
- Interventi per via laparotomica per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino: resezione intestinale
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale

#### UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Trattamento chirurgico della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
  - Nefrectomia per tumore di Wilms
- Surrenalectomia
- Interventi per fistola vescico-rettale
- Interventi per fistola vescico-intestinale
- Intervento per estrofia vescicale
- Interventi per fistola vescico-vaginale
- Amputazione totale del pene con linfadenectomia

#### GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Parto cesareo
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento per eviscerazione pelvica
- Intervento per fistola retto-vaginale
- Intervento per creazione operatoria di vagina artificiale (a seguito di intervento demolitivo per neoplasia maligna)
- Intervento per creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi (a seguito di intervento demolitivo per neoplasia maligna)

#### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
- Artroprotesi carpale
- Vertebrotonia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito
- Impianti flessibili (es. Swanson-Mabauer polso e mano)

#### CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio
- Intervento per anchilosi temporo mandibolare
- Ricostruzione della emimandibola
- Interventi demolitivi del massiccio facciale con svuotamento orbitale
- Push back e faringoplastica

#### TRAPIANTI DI ORGANI

- Trapianti di organo

#### CELLULE STAMINALI

- Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche- effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea

Per tutte le prestazioni previste dal Piano sanitario diverse dal Ricovero

Consulti:

[www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)

Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero  
è OPPORTUNO contattare preventivamente il

**Numero Verde 800-009605**

dall'estero: prefisso per l'Italia

**+ 051-6389046**

orari: 8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

**Sede e uffici segreteria organizzativa**

**Fondo Salute Sempre**

**Tel/Fax 06-37527028**

**Tel 06-37350433**

**info@salutesempre.it www.salutesempre.it**

**Via Oslavia, 50 - 00195 Roma**



ANES

The logo for ANES consists of the word "ANES" in a bold, blue, sans-serif font.