



Salute Sempre
assistenza sanitaria integrativa
stampa editoria carta cartotecnica ed affini



Guida al Piano sanitario
Fondo Salute Sempre

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

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

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

Guida al Piano sanitario 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:



1. Sommario

2.	BENVENUTO	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1.	Se l'Isritto sceglie una delle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre	5
3.2.	Se l'Isritto sceglie una delle strutture non convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre	6
3.3.	Se l'Isritto sceglie il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE.....	8
4.1.	Come registrarsi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area servizi clienti?	8
4.2.	Come prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre?	9
4.3.	Come aggiornare online i propri dati?	9
4.4.	Come richiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.5.	Come consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle richieste di rimborso?	10
4.6.	Come consultare le prestazioni del Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre?	10
4.7.	Come ottenere pareri medici?	11
4.8.	L'app di UniSalute	11
4.8.1	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	11
4.8.2	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre?	12
4.8.3	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	12
4.8.4	Come faccio a consultare l'estratto conto e lo stato delle mie richieste di rimborso?	12
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	13
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	14
6.1	RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL CHIRURGICO (PER I SOLI INTERVENTI IN ELENCO) IN ISTITUTO DI CURA, COMPRESO IL PARTO CESAREO	15
6.1.1	Trasporto sanitario	17
6.1.2	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	17
6.1.3	Pancoloncopia e esofagogastroduodenoscopia operative	17
6.1.4	Indennità sostitutiva	18
6.1.5	Neonati - figli di Isritti	18
6.2	RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL MEDICO (ESCLUSIVAMENTE A SEGUITO DELLE PATOLOGIE SOTTO RIPORTATE) COMPRESO PARTO NATURALE, ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO	18
6.2.1	Indennità sostitutiva ricovero medico , parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo	21
6.3	IL LIMITE DI SPESA ANNUO COMUNE DELL'AREA RICOVERO (CHIRURGICO E MEDICO)	22
6.4	PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	22
6.5	VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI SPECIFICI, TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	25
6.5.1	Visite specialistiche	25
6.5.2	Accertamenti diagnostici specifici	26
6.5.3	Ticket per accertamenti diagnostici	27
6.6	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO	27
6.7	PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE	28
6.8	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	28
6.9	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	28
6.10	GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI	29
6.11	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO	31

6.12	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	32
6.12.1	Oggetto della copertura	32
6.12.2	Condizioni di operatività della copertura	33
6.12.3	Somma garantita	33
6.12.4	Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente	34
6.12.5	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente	34
6.12.6	Richiesta erogazione servizi di assistenza	37
6.12.7	Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	38
6.13	PIANI ASSISTENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI	38
6.14	SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA	38
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	40
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	42
8.1	Estensione territoriale	42
8.2	Limiti di età	42
8.3	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	43
	ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI.....	44

2. BENVENUTO

La “Guida al Piano sanitario Fondo Salute Sempre” è un utile supporto per l’utilizzo della copertura sanitaria.

Consigliamo all’Iscritto di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che deve utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, l’Iscritto ha 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 l’Iscritto deve consultare il **capitolo 4** della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se l’Iscritto sceglie una delle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute ha convenzionato per gli Iscritti 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 servizi clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, l’Iscritto usufruisce di tanti vantaggi:

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



Prenotazione veloce

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

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata** da UniSalute per il Fondo Salute Sempre, l'Isritto dovrà 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.

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. L'Isritto 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.

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, l'Isritto deve verificare se il medico scelto è convenzionato con UniSalute per il Fondo Salute Sempre. L'Isritto deve utilizzare la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2. Se l'Isritto sceglie una delle strutture non convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre

Per garantire all'Isritto la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità dell'Isritto di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute per il Fondo Salute Sempre. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese l'Isritto può accedere al sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: può inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

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

Se l'Iscritto non può accedere a internet deve inviare copia della documentazione a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

Di seguito indichiamo 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** debitamente compilato e sottoscritto;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione 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.

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

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

Il Fondo Salute Sempre attraverso 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.

3.3. Se l'Iscritto sceglie il Servizio Sanitario Nazionale

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



Valutazione rimborso in 20 giorni

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

In alternativa l'Iscritto deve inviare a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria.

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a disposizione dell'Iscritto 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti l'Iscritto può:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i suoi **dati** e le sue **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**.

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

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

Come registrarsi al sito e conoscere la propria Username e Password?

Nella home page del sito www.unisalute.it l'Iscritto deve accedere alla funzione "Registrati" e compilare la maschera con i dati richiesti.

Ricordiamo all'Iscritto 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 indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come recuperare Username e Password se le dimentico?

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

4.2. Come prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre?

Attraverso il sito l'iscritto può prenotare presso le strutture convenzionate le prestazioni previste dal suo Piano sanitario non connesse ad un ricovero.

L'iscritto deve entrare nell'area clienti e accedere alla funzione **"Prenotazione"**. In base alle sue esigenze può:

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



Prenotazione veloce

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

4.3. Come aggiornare online i propri dati?

L'iscritto deve entrare nell'Area Clienti e **accedere all'area "Aggiorna dati"**. In base alle sue esigenze può:

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

4.4. Come richiedere il rimborso di una prestazione?

L'Iscritto deve entrare nell'area Clienti e accedere alla sezione "Rimborsi" e selezionare la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

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

Se l'Iscritto non può accedere a internet, deve utilizzare il modulo di rimborso e inviarlo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

4.5. Come consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle richieste di rimborso?

L'Iscritto deve entrare nell'Area clienti e **accedere alla sezione "Estratto conto"**.

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

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e può consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni sua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso deve 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 suo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

4.6. Come consultare le prestazioni del Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre?

L'Iscritto deve eseguire il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedere alla sezione "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

L'Iscritto deve selezionare la funzione di suo interesse per visualizzare le prestazioni del proprio Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo Salute Sempre.

4.7. Come ottenere pareri medici?

Nell'Area Clienti l'Iscritto ha a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale può ottenere pareri medici online, direttamente sulla sua mail. Se ha dubbi che riguardano la sua salute e vuole un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul suo benessere.

L'iscritto può entrare ed inviare le sue domande ai nostri medici. Gli risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

4.8. L'app di UniSalute

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

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere 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.

4.8.1 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!

4.8.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre? 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 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!

4.8.3 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.

4.8.4 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!

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è prestata a favore dei lavoratori dipendenti non aventi qualifica di dirigenti a cui si applica il CCNL delle aziende grafiche e affini e delle aziende editoriali anche multimediali, in regola con il pagamento dei contributi, ed al coniuge fiscalmente a carico.

La copertura è inoltre prestata a favore dei dipendenti con contratto a tempo indeterminato delle imprese che applicano il CCNL per le aziende esercenti l'industria della carta e cartone, della cellulosa, pasta legno, fibra vulcanizzata e presfibra e per le aziende cartotecniche e trasformatrici della carta e del cartone, in regola con il pagamento dei contributi, ed al coniuge fiscalmente a carico.

Nel corso degli anni il Fondo Salute Sempre ha aperto anche ad altri CCNL affini, sulla base di appositi accordi sindacali.

Per il dettaglio sui suddetti CCNL si rimanda al sito www.salutesempre.it - Sezione "Circolari".

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, ai seguenti familiari risultanti nel nucleo familiare-stato di famiglia:

- Coniuge non fiscalmente a carico/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 nel nucleo familiare-stato di famiglia.

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

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, compreso parto cesareo;
- **Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia senza intervento chirurgico/day hospital medico** (esclusivamente a seguito delle patologie indicate al relativo punto) compreso parto naturale, aborto terapeutico/spontaneo;
- **Prestazioni di alta specializzazione;**
- **Visite specialistiche;**
- **Accertamenti diagnostici specifici;**
- **Ticket per accertamenti diagnostici;**
- **Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;**
- **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;**
- **P.A.I.;**
- **Servizi di consulenza e assistenza.**

6.1 RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL CHIRURGICO (PER I SOLI INTERVENTI IN ELENCO) IN ISTITUTO DI CURA, 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'iscritto 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'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 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	<p>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'infortunio che ha determinato il ricovero.</p> <p>RELATIVAMENTE AL POST RICOVERO SI PRECISA CHE:</p> <ul style="list-style-type: none"> – * 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 dal Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute alle strutture stesse, ad eccezione dei punti "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono 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 "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 copertura prevista al punto "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Isritto 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 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

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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 € 2.200,00 per ricovero**.

6.1.2 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute rimborsa le spese previste ai punti “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico/day hospital chirurgico, compreso il parto cesareo” 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, la copertura 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, retta di degenza.

6.1.3 Pancoloncopia e esofagogastroduodenoscopia operative

Nel caso di Pancoloncopia ed Esofagogastroduodenoscopia operativa, il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico/day hospital chirurgico, compreso il parto cesareo”, con i relativi limiti in essi indicati.

**Il sottolimito annuo per la presente copertura
è di € 2.000,00 per persona.**

6.1.4 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.

6.1.5 Neonati - figli di Iscritti

La Compagnia provvede al **rimborso** delle spese per gli interventi chirurgici di cui al successivo allegato A "Elenco grandi interventi chirurgici" effettuati **nei primi due anni di vita** del neonato, 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 (come sopra dettagliato);
- l'assistenza medica, medicinali, cure (come sopra dettagliato);
- retta di degenza (come sopra dettagliato);
- assistenza infermieristica privata individuale (come sopra dettagliato);
- 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 SENZA INTERVENTO CHIRURGICO/DAY HOSPITAL MEDICO (ESCLUSIVAMENTE A SEGUITO DELLE PATOLOGIE SOTTO RIPORTATE) COMPRESO PARTO NATURALE, ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO

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 o infarto cerebrale (trombosi o 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.

<p style="text-align: center;">Accompagnatore</p>	<p>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.</p>
<p style="text-align: center;">Assistenza infermieristica privata individuale</p>	<p>Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 35 giorni per ricovero.</p>
<p style="text-align: center;">Post-ricovero</p>	<p>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'infortunio che ha determinato il ricovero.</p> <p>RELATIVAMENTE AL POST RICOVERO SI PRECISA CHE:</p> <ul style="list-style-type: none"> – * 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 dal Fondo Salute Sempre attraverso Unisalute alle strutture stesse, ad eccezione dei punti "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono 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.

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

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura del **75%**, ad eccezione delle coperture "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono 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 copertura prevista al punto "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 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico/day hospital chirurgico, compreso il parto cesareo" e "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia senza intervento chirurgico/day hospital medico (esclusivamente a seguito delle patologie sotto riportate), compreso il parto naturale, aborto terapeutico/spontaneo".

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
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Elettroencefalografia
- PET
- Risonanza
- Scintigrafia
- TAC
- Campimetria visiva
- Cisternografia
- Coronarografia
- Biopsia percutanea (agobiopsia) di lesione cranica
- Biopsia di lesione del midollo spinale
- Biopsia percutanea (agobiopsia) dei nervi cranici o periferici o dei gangli
- Biopsia della tiroide o delle paratiroidi
- Biopsia delle ghiandole surrenali
- Biopsia del pericardio
- Biopsia a cielo aperto dell'esofago
- Biopsia percutanea (agobiopsia) del fegato
- Biopsia percutanea (agobiopsia) della colecisti
- Biopsia percutanea (agobiopsia) del pancreas
- Biopsia del peritoneo
- Biopsia percutanea (agobiopsia) del rene
- Biopsia percutanea dell'uretere
- Biopsia vescicale
- Biopsia dell'uretra

- Biopsia percutanea delle vescicole seminali
- Biopsia a cielo aperto della prostata
- Biopsia percutanea del testicolo
- Biopsia aspirativa dell'ovaio
- Biopsia laparoscopica dell'ovaio
- Biopsia delle tube
- Biopsia ossea
- Biopsia percutanea (agobiopsia) della mammella
- Biopsia ecoguidata della mammella
- Biopsia a cielo aperto della mammella
- Ecocardiogramma transesofageo
- Angio RM del distretto vascolare intracranico
- Angio RM muscolo scheletrica
- Angio RM addome
- Angio RM d'organo
- Angio RM Total Body
- Angio TC aorta
- TC encefalo
- TC colonna
- TC addome
- TC Total Body

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'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 25,00** a carico dell'iscritto per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, 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**

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**

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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 "Visite specialistiche, accertamenti diagnostici
specifici, ticket per accertamenti diagnostici" è di € 1.200,00 per nucleo
familiare.**

6.5.1 Visite specialistiche

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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 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 da UniSalute per il Fondo Salute Sempre ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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.

- **Solo nel caso in cui l'Isritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Salute Sempre, in caso di utilizzo di strutture sanitarie private non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni visita specialistica. 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**

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute provvede al pagamento delle spese per i seguenti accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio:

- Biopsia;
- Ecodoppler cardiaco compreso color;
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori;
- Ecocolordoppler aorta addominale;
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici;
- Endoscopie diagnostiche;
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter);
- Mineralometria ossea computerizzata (MOC);
- Mammografia.

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 dal Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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 RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.800,00 per nucleo familiare.

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, 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.

- **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 dal Fondo Salute Sempre, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 85% per ogni fattura/persona. 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 del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo 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 della richiesta del medico curante contenente la patologia.

6.7 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del limite di spesa annuo o perché inferiore ai limiti 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 "Casi di non operatività del piano", Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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.

È 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'iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

6.10 GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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 rimborsuale) è da inviare a UniSalute prima di effettuare le prestazioni per

avere l'autorizzazione e conferma di copertura, 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 è 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 per:

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

fotografie pre e post per:

- Frenulectomia o frenulotomia.

panoramica/immagine scout della TAC o fotografia pre trattamento + fotografia intra e/o post trattamento per:

- 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'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute per il Fondo Salute Sempre, alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto. 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 Isritti UniSalute

(anche per gli accertamenti propedeutici). Successivamente, con l'invio 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**

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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.

NB: si specifica che l'indennizzo per quanto sopra descritto è previsto sia in caso di regime ospedaliero sia in caso di regime ambulatoriale.

Relativamente al regime ospedaliero si precisa che in questo caso, oltre ai costi dell'equipe operatoria, sono compresi i costi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) relativi a:

- **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 oltre agli impianti come sopraindicato.
- **Assistenza medica, medicinali, cure:** prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- **Rette di degenza:** non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

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

6.11 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano", il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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'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 dal Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute alle strutture stesse senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto.

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

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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.

**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

6.12.1 Oggetto della copertura

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute garantisce l'**erogazione di servizi di assistenza** per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Isritto (come indicata al successivo punto "SOMMA GARANTITA") quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo

punto “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 al letto 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 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 “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'Iscritto 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'Iscritto avviene quando l'Iscritto è incapace di compiere in modo totale e presumibilmente 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 (ringiere 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 al letto 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'Iscritto, per la parte superiore o inferiore del corpo.

Nella valutazione dello stato di non autosufficienza verrà esclusa l'eventuale perdita di autosufficienza dell'Iscritto negli atti elementari della vita quotidiana 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 al Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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, il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute, 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 Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute

considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente 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 al letto 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 "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 "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’Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto.

UniSalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione 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’Iscritto intervenuti dopo l’ultima richiesta di valutazione;
- il Piano sanitario sia ancora in vigore.

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura, con le modalità di cui al punto I) “Erogazione diretta delle prestazioni di assistenza” decorre dal momento in cui la documentazione sarà considerata completa per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell’Iscritto.

6.12.6 Richiesta erogazione servizi di assistenza

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza secondo le condizioni del punto “Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente” dà diritto all’Iscritto 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 “Somma garantita” - nelle forme di seguito indicate e dettagliate al successivo punto I) “Erogazione diretta delle prestazioni di assistenza”.

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’Iscritto.

l) 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 dal Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute.

6.12.7 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

È 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'inviare 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, Il Fondo Salute Sempre attraverso Unisalute 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 E ASSISTENZA

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.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +0516389046.

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 tickets, 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.

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Iscritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 chilometri.

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Isritto, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Isritto e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Isritto e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Isritto al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Isritto.

7. 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 "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'Iscritto (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, plantari e simili;
- 12) trattamenti sclerosanti;
- 13) i trattamenti fisioterapici e rieducativi (salvo quanto previsto al paragrafo "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio"), cure termali, medicinali e vaccini;
- 14) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, 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.
- 17) Le conseguenze dirette o indirette delle 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.

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

- 1) attività dolosa dell'Iscritto;
- 2) partecipazione dell'Iscritto a delitti dolosi;
- 3) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Iscritto 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, alcoolismo, 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 radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

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.

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1 Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

8.2 Limiti di età

La copertura può essere attivata o rinnovata fino al raggiungimento del 90° anno di età dell'Isritto titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza mensile del piano sanitario, al compimento del 91° 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 90° anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza mensile limitatamente a questo Iscritto.

8.3 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 il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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. Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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, Il Fondo Salute Sempre attraverso UniSalute 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.

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 psicoturgia
- talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- 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 maligna/benigna

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 della 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 echinococcosi 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 dell'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 echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
- Intervento per neoplasie pancreatiche
- Intervento per pancreatite acuta 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 addomino perineale

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
- Vertebrotonomia
- 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 organo

- Trapianti di organo

Cellule staminali

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

Altri interventi

- Riparazione di meningocele spinale (spina bifida)
- Asportazione di neuroma periferico (di Morton)
- Intervento per strabismo paralitico
- Riparazione di difetto interventricolare con protesi in circolazione extracorporea
- Ablazione transcateretere di lesione o tessuto del cuore
- Inserzione o sostituzione di pacemaker (stimolatore cardiaco) permanente a camera singola o doppia
- Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico (AICD) compreso di inserimento di elettrocatereteri
- Lisi transuretrale endoscopica di aderenze intraluminali o disostruzione del collo vescicale
- Elettrovaporizzazione transuretrale della prostata (TUVAP)
- Enucleazione dell'adenoma prostatico per via transuretrale tramite laser ad Holmio (HOLEP)
- Derotazione del funicolo e del testicolo
- Conizzazione ad ansa della cervice uterina (LEEP) compresa coloscopia
- Revisione di cavità uterina per aborto in atto
- Riduzione cruenta di frattura con osteosintesi di piccoli segmenti

- Riduzione cruenta con osteosintesi di medi segmenti (clavicola, rotula, ulna, radio, perone)
- Riduzione cruenta di frattura con osteosintesi di grandi segmenti (femore, omero, tibia)
- Riduzione cruenta e contenzone di lussazione di piccole articolazioni
- Riduzione cruenta e contenzone di lussazione di medie articolazioni
- Riduzione cruenta e contenzone di lussazione di grandi articolazioni
- Asportazione di cisti meniscale o parameniscale



Salute Sempre
assistenza sanitaria integrativa
stampa editoria carta cartotecnica ed affini