

Guida al Piano sanitario

Dipendenti

CCNL UNEBA

Edizione dicembre 2015

QUANDO
C'È **UNISALUTE**
C'È **TUTTO**

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

**Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il**

Numero Verde

800-009654

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

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

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

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

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

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

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

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

Guida al Piano sanitario Dipendenti CCNL UNEBA

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



1. SOMMARIO	
2. BENVENUTO.....	7
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	7
3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	7
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	8
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	10
4. SERVIZI ONLINE E MOBILE	10
4.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	11
4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	12
4.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	12
4.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	13
4.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.7. Come posso ottenere pareri medici?	13
4.8. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	14
5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	14
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	15
6.1. Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico	16
6.2. Trasporto sanitario	18
6.3. Day-hospital chirurgico	18
6.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio	18
6.5. Parto e aborto terapeutico e spontaneo	19
6.6. Indennità sostitutiva	20
6.7. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	21
6.8. Prestazioni di alta specializzazione	21
6.9. Visite specialistiche	23
6.10. Accertamenti diagnostici	24
6.11. Pacchetto maternità	25
6.12. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e/o a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico	26
6.13. Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il solo titolare)	28
6.14. Prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il solo titolare)	29
6.15. Odontoiatria/ortodonzia	30
6.16. Implantologia (copertura operante per il solo titolare)	31
6.17. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	32
6.18. Sindrome metabolica (copertura operante per il solo titolare)	33
6.19. Prestazioni a tariffe agevolate	35
6.20. Circuito termale Unisalute	35
6.21. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente (copertura operante per il solo titolare)	36
6.22. Servizi di consulenza	48
7. CONTRIBUTI	49
8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	49

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI..... 52

9.1. Inclusioni/esclusioni	52
9.2. Validità territoriale	54
9.3. Limiti di età	54
9.4. Gestione dei documenti di spesa	54
9.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	55

MODULO DI ADESIONE, RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATI

2. **BENVENUTO**

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

I servizi online offerti da UniSalute

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

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

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

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Il Piano sanitario, in alcuni casi, può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

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

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

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

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

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

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

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



Valutazione rimborso in 20 giorni

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

In alternativa, invia 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 tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

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

- **prenotare** presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario non connesse ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;**
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie;**
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni e inviare la documentazione direttamente dal sito (upload);**
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario;**

- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

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

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

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?

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

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

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

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

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario.

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

In base alle tue esigenze puoi:

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



Prenotazione veloce

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

4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la

documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o
CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

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

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

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

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

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

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

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

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

4.7. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

4.8. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

AREA RISERVATA AI CLIENTI

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

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

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

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il piano sanitario è prestato a favore del dipendente in forza presso le aziende applicanti il CCNL UNEBA e del relativo coniuge fiscalmente a carico, intendendo per tale il coniuge risultante da stato di famiglia, che abbia accettato entro la data di effetto indicata nel Piano stesso l'attivazione della presente copertura.

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

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, al:

- coniuge non fiscalmente a carico, purché risultante dallo stato di famiglia;
- convivente “more uxorio” e figli fiscalmente e non fiscalmente a carico, purché risultanti dallo stato di famiglia.

In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia.

La copertura potrà essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, anche al personale in quiescenza con almeno un anno di permanenza nel presente Piano sanitario.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

- ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico ;
- day-hospital chirurgico;
- parto e aborto;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici;
- pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e/o a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico;
- prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il solo titolare);
- prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il solo titolare);
- odontoiatria/ortodonzia;
- implantologia (copertura operante per il solo titolare);
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- sindrome metabolica (copertura operante per il solo titolare);
- prestazioni a tariffe agevolate Unisalute;
- circuito termale Unisalute;

- stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa (copertura operante per il solo titolare);
- servizi di consulenza.

6.1. Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico

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 effettuare un intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

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

Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto, ad eccezione delle coperture "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

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

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Iscritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

6.2. Trasporto sanitario

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

6.3. Day-hospital chirurgico

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

6.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

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

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

6.5. Parto e aborto terapeutico e spontaneo

6.5.1. Parto cesareo

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

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

6.5.2. Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo

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

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

6.5.3. Neonati

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

6.6. Indennità sostitutiva

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

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

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

Le spese relative alle coperture di “Pre-ricovero” e “Post -ricovero” in questo caso vengono prestate senza l’applicazione di eventuali limiti previsti al paragrafo “Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico” ed assoggettate ad un limite di spesa annuo pari a **€ 500,00** per nucleo familiare.

6.7. Il limite di spesa annuo dell’area ricovero

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

6.8. Prestazioni di alta specializzazione

<p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Angiografia – Artrografia – Broncografia – Cistografia – Cistouretrografia – Clisma opaco – Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP) – Colangiografia percutanea (PTC) – Colangiografia trans Kehr – Colecistografia – Dacriocistografia/Dacriocistotac – Defecografia – Fistelografia – Flebografia 	<ul style="list-style-type: none"> – Scialografia – Splenoportografia – Urografia – Vesciculodeferentografia – Videoangiografia – Wirsunggrafia <p>Accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ecocardiografia – Elettroencefalogramma – Elettromiografia – Mammografia o Mammografia Digitale – PET – Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) – Scintigrafia
---	--

<ul style="list-style-type: none"> - Fluorangiografia - Galattografia - Isterosalpingografia - Mielografia - Retinografia - Rx esofago con mezzo di contrasto - Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto - Rx tenue e colon con mezzo di contrasto 	<ul style="list-style-type: none"> - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) <p>Terapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chemioterapia - Cobaltoterapia - Dialisi - Radioterapia - Laserterapia a scopo fisioterapico
---	---

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

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

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Isritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 10,00** per ogni per ogni ticket. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

6.9. Visite specialistiche

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

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

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

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in

una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni visita. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 10,00** per ogni per ogni ticket. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

6.10. Accertamenti diagnostici

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

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

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

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in

una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa i ticket sanitari a carico dell'iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 10,00** per ogni per ogni ticket. Per ottenere il rimborso è necessario che l'iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare</p>
--

6.11. Pacchetto maternità

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

- Ecografie di controllo;
- Amniocentesi;
- Villocentesi
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La copertura è operante:

- **in caso di infortunio**, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso;
- **a seguito di ricovero con intervento chirurgico**, qualora sia stato superato il limite di 120 giorni previsti al paragrafo

“Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico” al punto “Post ricovero” e solo nel caso in cui sia clinicamente documentata la necessità di proseguire con i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

- **a seguito di ricovero medico**, anche se non previsto dalle coperture del Piano sanitario, purchè a seguito di malattia o infortunio. In questo caso l’Iscritto per fruire dei trattamenti fisioterapici, dovrà inoltrare alla Società copia della Lettera di Dimissione Ospedaliera e prescrizione del medico curante indicante il quesito diagnostico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno:

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

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale

- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Pap test

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

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

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

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

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

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto”, sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Isritto, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno associativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

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

6.15. Odontoiatria/ortodonzia

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

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

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

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in

una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale** UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 350,00 per nucleo familiare.

6.16. Implantologia (copertura operante per il solo titolare)

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

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

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

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

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

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.500,00 per
Iscritto. Viene previsto un sottolimito annuo di:
- € 900,00 nel caso di applicazione di due impianti;
- € 450,00 nel caso di applicazione di un impianto.**

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

6.17. Interventi chirurgici odontoiatrici extracovero

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

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico nel lume canalare

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

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

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma e odontoma.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Isritto l'esito delle valutazioni tramite e-mail, mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

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

La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Isritto verrà contattato dalla Società (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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

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

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

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

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

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

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

6.19. Prestazioni a tariffe agevolate

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

6.20. Circuito termale Unisalute

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

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

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

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

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

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

6.21.1 Oggetto della copertura

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

6.21.2 Condizioni di associabilità

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

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a) Lavarsi
 - b) Vestirsi e svestirsi
 - c) Andare al bagno e usarlo
 - d) Spostarsi
 - e) Continenza
 - f) Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire

clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.21.3 Limite di spesa mensile garantito

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

6.21.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

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

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

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

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

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

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

0

2° grado

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

3° grado

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

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

2° grado

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

3° grado

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

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

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

(1) andare in bagno

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

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

2° grado

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

3° grado

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

SPOSTARSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

2° grado

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

3° grado

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

CONTINENZA

PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è completamente continente 0

2° grado

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

3° grado

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

NUTRIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

2° grado

L'Isritto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività

preparatorie:

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

5

3° grado

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

10

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Nel caso in cui la Società riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Isritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Isritto o dai familiari. Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Isritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto è ricoverato in lunga degenza, , dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

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

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

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Isritto sembrano insufficienti;

- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

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

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

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

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dal Piano sanitario, con le modalità di cui ai successivi punti, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell’Iscritto.

6.21.7 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi

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

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

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

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

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Isritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture del Piano sanitario, eccedenti la somma mensile garantita o non autorizzate dalla Società.

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

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

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

- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

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

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

6.22. Servizi di consulenza

In Italia

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

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+ 051.6389046**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;

- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

c) Pareri medici

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.

7. CONTRIBUTI

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

- | | |
|--|----------|
| a) coniuge non fiscalmente a carico
o convivente "more uxorio" | € 70,00 |
| b) ogni figlio | € 45,00 |
| c) pensionati con almeno un anno di
coperture con il presente piano | € 120,00 |

L'attivazione delle opzioni a) e b) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come coniuge o convivente "more uxorio" o figli, risultanti dallo stato di famiglia.

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Isritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Isritto con dolo o colpa grave;
13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
15. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

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

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

Limitatamente alle coperture "Prestazioni odontoiatriche particolari", "Odontoiatria/ortodonzia" e "Implantologia (copertura operante per il solo titolare" il Piano sanitario non è operante per:

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

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

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Isritto con dolo o colpa grave;
3. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
4. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Isritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;

5. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
6. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
7. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Isritto di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
8. di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
9. di partecipazione attiva dell'Isritto ad atti criminali;
10. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
11. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
12. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

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

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Inclusioni/esclusioni

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui al paragrafo "Le persone per cui è operante la copertura" le movimentazioni all'interno del presente Piano sanitario sono regolate dai punti di seguito indicati:

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

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

2) Inclusione del coniuge non a carico o del convivente "more uxorio" e dei figli tutti risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del Piano sanitario, il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente "more uxorio" e i figli tutti, sia quelli fiscalmente a carico sia quelli non fiscalmente a carico, purchè risultanti da stato di famiglia, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo contributo ed invio dell'apposito modulo tassativamente entro la data del 28/02/2016; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente "more uxorio" e i figli tutti, sia quelli fiscalmente a carico sia quelli non fiscalmente a carico dei neoassunti sempreché risultanti dallo stato di famiglia.

Alle scadenze annuali del Piano sanitario i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in copertura alla data di effetto del Piano sanitario, l'inclusione di familiari come definiti al paragrafo "Le persone per cui è operante la copertura", in un momento successivo alla decorrenza del Piano stesso è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo contributo; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo contributo.

4) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente Iscritto e relativo coniuge fiscalmente a carico vengono mantenuti nella copertura sino alla prima scadenza successiva.

9.2. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

9.3. Limiti di età

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

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

9.4. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

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

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

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

