

Guida al Piano sanitario

SEZIONE A
PIANO SANITARIO BASE
SEZIONE B
PIANO SANITARIO
INTEGRATIVO

Iscritti alla Cassa
Italiana di
Previdenza e
Assistenza dei
Geometri (CIPAG)

Edizione marzo 2018

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

800-009618

Numero Verde dall'estero

00800-39009618

o in alternativa

0039514185618

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 per gli Iscritti
alla Cassa Italiana di Previdenza e
Assistenza dei Geometri (CIPAG)
SEZIONE A
PIANO SANITARIO BASE
SEZIONE B
PIANO SANITARIO INTEGRATIVO**

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.....	6
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	6
3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	6
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	9
4. SERVIZI ONLINE E MOBILE.....	9
4.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
4.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.7. Come posso ottenere pareri medici?	12
4.8. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	12
5. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	13
6. INCLUSIONI/ESCLUSIONI	15
7. GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA.....	16
8. QUALI RIEPILOGHI VENGONO INVIATI NEL CORSO DELL'ANNO?	16
9. VALIDITÀ TERRITORIALE	16

SEZIONE A

1. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	19
2. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	20
2.1. Il limite di spesa annuo	21
2.2. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico	21
2.2.1. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico	21
2.3. Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso	24
2.4. Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso	27
2.5. Modalità di erogazione delle prestazioni dell'area ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso	28
2.6. Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso	30
2.7. Day-hospital per grande intervento chirurgico o grave evento morboso	30
2.8. Anticipi	31
2.9. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	31
2.10. Prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)	32
2.11. Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)	34

2.12. Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)	36
2.13. Indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)	37
2.14. Sindrome metabolica (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)	49
2.15. Applicazione tariffe convenzionate	51
2.16. Servizi di consulenza e assistenza	51

3. CONTRIBUTI54

4. ALLEGATO A – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI55

5. ALLEGATO B – ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI59

SEZIONE B

1. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA62

2. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO63

2.1. Il limite di spesa annuo	64
2.2. Ricovero in istituto di cura	64
2.3. Trasporto sanitario in caso di ricovero con intervento chirurgico	67
2.4. Day-hospital	67
2.5. Intervento chirurgico ambulatoriale	68
2.6. Parto e aborto terapeutico/spontaneo	68
2.7. Indennità sostitutiva	69
2.8. Cure per il neonato nel primo anno di vita	69
2.9. Prestazioni extraospedaliere e domiciliari	70
2.10. Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per il l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base")	73
2.11. Protesi dentarie a seguito di infortunio	74
2.12. Cure dentarie a seguito di infortunio	75
2.13. Prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per il l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base")	75

3. PERIODO DI CARENZA76

4. CONTRIBUTI76

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

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario 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: invia 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 **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- 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/intervento chirurgico ambulatoriale 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, 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:

- Chiedere la prenotazione a UniSalute comunicando le tue disponibilità;
- prenotare in autonomia e comunicare l'appuntamento;
- 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: **invia 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 e fare l'upload dei documenti, 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. 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.

Non sono garantite dal Piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi (esclusioni valide sia per “Sezione A Piano Sanitario Base” sia per “Sezione B Piano Sanitario Integrativo”:

1. eliminazione o correzione di difetti fisici* preesistenti e malformazioni**, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l’esclusione inoltre non opera in caso di difetti fisici preesistenti e malformazioni non obiettivamente visibili o clinicamente diagnosticati al momento dell’adesione al Piano sanitario e sconosciuti all’Iscritto in tale momento;
2. malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l’esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dalle coperture del Piano sanitario, salvo quanto previsto dal Piano sanitario stesso;

3. gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Isritto;
4. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
5. gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Isritto attività professionale;
6. l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
7. le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile dal Piano sanitario indipendentemente da quando è avvenuto l'evento infortunio o intervento demolitivo;
8. i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura salvo quanto previsto dal Piano sanitario;
9. le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile nei termini, salvo quanto previsto dal Piano sanitario;
10. le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili dal Piano sanitario;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Isritto abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
12. gli interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero ad eccezione di quelli indennizzabili dal Piano sanitario;
13. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale.

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

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

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

6. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

1) Inclusione dei nuclei familiari

L'inclusione di familiari in un momento successivo a quanto previsto dal Piano sanitario è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio, nuove nascite o adozioni, ovvero per scadenza della copertura sanitaria per quei familiari per i quali non sia stata effettuata l'estensione delle coperture come indicato al capitolo "Le persone per cui è operante la copertura". In questo caso il coniuge o il figlio potranno essere inseriti in copertura entro 60 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato di famiglia, ovvero della scadenza della copertura. Il contributo sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del Piano sanitario. La copertura avrà effetto dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione da parte di Unisalute, sempre che sia stato pagato il relativo contributo. L'Iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza del Piano sanitario non potranno più essere reinseriti.

2) Esclusione di Iscritti in corso d'anno

Il venir meno dei requisiti di cui al capitolo "Le persone per cui è operante la copertura" non produce effetto ai fini del presente Piano sanitario fino alla scadenza dell'anno associativo. Di conseguenza,

tutte le uscite avvenute nell'anno associativo verranno posticipate alla scadenza annuale.

7. 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'Isritto.

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'Isritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

8. QUALI RIEPILOGHI VENGONO INVIATI NEL CORSO DELL'ANNO?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Isritti 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'Isritto.

9. 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, abbina cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

SEZIONE A

PIANO SANITARIO BASE

1. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è operante a favore degli Iscritti e Pensionati in attività Iscritti alla CIPAG.

Le coperture sono estese, in forma individuale, a:

- a) Dipendenti dei professionisti Iscritti CIPAG che esercitano singolarmente, in associazione e STP;
- b) Dipendenti dei Collegi e dipendenti di CIPAG;
- c) Ai pensionati e superstiti titolari della precedente copertura sanitaria.

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico del titolare, al nucleo familiare dell'iscritto, intendendosi per tale il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente tale indipendentemente dal genere e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Sono, altresì, equiparabili ai figli, i figli del coniuge o del convivente. Sono altresì equiparabili ai figli, i figli del coniuge o del convivente. Per i figli è previsto il limite di 35 anni. **N.B: figli fino a 35 anni compiuti: il Piano sanitario pertanto può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 35° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del 36° anno d'età. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi inabili a lavoro proficuo.**

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

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

Viene prevista la possibilità per i **coniugi e i figli superstiti di Iscritti deceduti**, di mantenere attiva la copertura prestata dal presente Piano sanitario dietro pagamento del relativo contributo annuo.

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

2. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

- ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato B;
- ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato B;
- trattamento medico domiciliare per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato B;
- day-hospital per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato A e B;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità);
- prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità);

- indennità per grave invalidità permanente da infortunio (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità);
- indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità);
- sindrome metabolica (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità);
- applicazione tariffe convenzionate;
- servizi di consulenza e assistenza.

2.1. Il limite di spesa annuo

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, **per l'insieme di tutte le prestazioni di cui al presente "Sezione A Piano Sanitario Base"**, che ammonta a **€ 400.000,00** 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.

2.2. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico

2.2.1 Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico

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

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

Pre-ricovero	Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni biottiche, terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le
---------------------	---

	prestazioni sanitarie effettuate nei 125 giorni precedenti il ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento. Diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativi al periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera. La copertura è operante fino al limite di € 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica individuale, nel limite di € 3.900,00 per anno associativo e nucleo familiare.
Post-ricovero	Trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie effettuati nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. In tale ambito -

	fermi i limiti temporali di cui sopra – si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale in copertura o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.
--	---

2.2.2 Trasporto sanitario

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

- € **3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- € **6.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

2.2.3 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, Unisalute liquida le spese previste ai paragrafi "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo.

Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di **180** giorni purché inerenti all'intervento effettuato.

2.2.4 Apparecchi protesici e sanitari

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.500,00 per nucleo familiare.

2.2.5 Cure palliative e terapie del dolore

Il Piano sanitario rimborsa le spese per cure palliative e per terapie del dolore.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 25.000,00 per evento.

2.2.6 Rimpatrio della salma e costi funerari

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

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

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

2.3.1 Ricovero in istituto di cura per grave evento morboso

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

La copertura è operante in assenza di intervento chirurgico. Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico **funzionale al grave evento morboso stesso**, si applicano anche le coperture di

cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura per grande 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 in seguito ad un grave evento morboso, in assenza di intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell’Istituto di cura effettuate nei 100 giorni precedenti il ricovero, purché resi necessari dall’evento morboso che ha determinato il ricovero.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica individuale, nel limite di € 3.900,00 per anno associativo e nucleo familiare.
Post-ricovero	Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall’istituto di cura a seguito di ricovero in copertura nel

	presente Piano sanitario ed avvenuto nell'arco della validità del Piano stesso. Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 13.000,00 per nucleo familiare.
--	---

2.3.2 Trasporto sanitario

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

- **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;

- **€ 6.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

2.3.3 Apparecchi protesici e sanitari

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.500,00 per nucleo familiare.

2.3.4 Cure palliative e terapie del dolore

Il Piano sanitario rimborsa le spese per cure palliative e per terapie del dolore.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 25.000,00 per evento.

2.3.5 Rimpatrio della salma e costi funerari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per costi funerari e di rimpatrio

della salma in caso di decesso all'estero conseguente a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario.

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

2.4. Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso

2.4.1 Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso

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

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

- a) visite specialistiche;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d) prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei **180** giorni successivi alla prima diagnosi dell'evento morboso avvenuta dopo la decorrenza del Piano sanitario. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante.

2.4.2 Trasporto sanitario

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

- **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;

- € 6.000,00 per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

2.4.3 Apparecchi protesici e sanitari

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.500,00 per nucleo familiare.

2.4.4 Cure palliative e terapie del dolore

Il Piano sanitario rimborsa le spese per cure palliative e per terapie del dolore.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 25.000,00 per evento.

2.4.5 Rimpatrio della salma e costi funerari

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

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

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

Per le prestazioni di cui ai precedenti paragrafi "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico", "Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso" e

“Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso” operano le seguenti modalità liquidative.

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

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l’applicazione di alcuno scoperto o minimo non indennizzabile, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

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

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **15%** a carico dell’Iscritto con l’applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 300,00** con un massimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per sinistro, ad eccezione delle coperture 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 con le seguenti modalità:

- le **spese per le prestazioni fornite dalla struttura convenzionata** verranno liquidate secondo quanto previsto al punto “In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati”;
- le spese relative al **personale medico non convenzionato** verranno rimborsate con le modalità previste al punto “In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute”.

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

UniSalute rimborsa integralmente le eventuali spese per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari rimasti a carico dell’Iscritto. In questo caso, però, l’Iscritto non potrà beneficiare dell’indennità sostitutiva (paragrafo “Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso”).

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

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

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

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute a seguito di un ricovero per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **180** 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.

E' inoltre previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) di pre e post ricovero, fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli precedenti, che verrà effettuato con le modalità previste ai precedenti punti.

La presente indennità sostitutiva è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo previsto, per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui al punto "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico" – punto "Post-ricovero", in questo caso l'importo della diaria sarà pari ad **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero/day-hospital.

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

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

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

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

2.8. Anticipi

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

Detta richiesta dovrà essere corredata da:

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

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

2.9. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:

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

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, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

La presente copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale.

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **15%** a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 15.000,00 per persona.

2.10. Prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per le seguenti prestazioni di alta specializzazione:

- Angiografia
- Artroscopia
- Broncografia

- Cistoscopia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colecistografia
- Colonscopia
- Colposcopia
- Ecocolordoppler
- Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)
- Ecografia transrettale
- Ecografica transvaginale
- Ecografia mammaria
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Holter cardiaco
- Holter pressorio
- Isterosalpingografia
- Mammografia
- OCT Oculare
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografica a Emissione di Positroni (PET)
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

La presente copertura è operante solo in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

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

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

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleghi alla 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 € 5.000,00 per persona. Tale limite di spesa si intende aggiuntivo a quanto previsto alla copertura "Prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per il nucleo familiare, per l'Isritto in forma collettiva e il pensionato in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base)" della copertura B, se prevista e in questo caso verrà utilizzato prima della suddetta copertura.

2.11. Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per i soli Isritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)

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

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

Prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta all'anno:

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Esame delle urine
- Colesterolo totale
- Colesterolo HDL
- Esame occulto delle feci
- Trigliceridi
- Glicemia
- Elettroforesi proteine plasmatiche
- Azotemia(Urea)
- Creatinemia
- ALT/FTP
- AST/GOT
- Gamma GT
- PTT
- PT
- Elettrocardiogramma base
- visita specialistica oculistica
- visita specialistica otorino con esame audiometrico
- visita specialistica odontoiatrica con ablazione del tartaro

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni:

- PSA
- PSA free
- Ecografia prostatica
- ECG da sforzo

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni:

- Ecografia mammaria

- PAP TEST
- Visita ginecologica

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 50 anni una volta ogni due anni:

- Mammografia
- Ecodoppler arti

2.12. Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)

In caso di infortunio che comporti all’Iscritto un’invalidità permanente di grado superiore al **66%**, Unisalute liquiderà un indennizzo pari al capitale Iscritto ad **€ 70.000,00**.

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

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

Per la determinazione del grado d’invalidità Unisalute farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 e s.m.i.

La denuncia d’infortunio deve essere inviata a Unisalute entro 15 giorni dall’infortunio stesso. **La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell’evento e cause che lo hanno determinato e deve**

essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali del Piano sanitario.

2.13. Indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)

Ai sensi della presente copertura, è considerato in stato di non autosufficienza l'Iscritto che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi punti "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute" e "Modalità di riconoscimento del risarcimento/dell'erogazione dei servizi di Assistenza".

Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali l'Iscritto necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Iscritto che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Iscritto verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Iscritto a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive (la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche);
- la capacità intellettuale dell'Iscritto è tale per cui lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Iscritto stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

Quando l'Iscritto si trova in uno stato di non autosufficienza consolidata/permanente, Unisalute garantisce l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria oppure eroga un'indennità forfettaria a risarcimento del danno subito e a rimborso delle eventuali spese sanitarie e socio-sanitarie sostenute.

La scelta tra le suddette opzioni alternative tra loro deve essere effettuata dall'Iscritto al momento della denuncia del sinistro. E' consentito effettuare successivamente un solo cambio entro 60 giorni dalla fine di ogni semestre.

In ogni caso, la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

2.13.1 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene definita persona "non autosufficiente" quella incapace in modo permanente di svolgere, come sotto precisato, almeno 3 delle 6 seguenti "attività ordinarie della vita quotidiana".

Per attività ordinarie della vita quotidiana si intendono:

1. **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);
2. **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;
3. **nutrirsi:** la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
4. **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;
5. **mobilità:** la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
6. **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.

2.13.2 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Isritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, dovrà contattare

Unisalute e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Iscritto.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, Unisalute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Iscritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mini Mental State Examination di Folstein).

2.13.3 Modalità di riconoscimento del risarcimento/del rimborso/dell'erogazione dei servizi di assistenza

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'Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

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'Iscritto è

ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, potrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero o responsabile della struttura, da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

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

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

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Isritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Isritto.

Unisalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Isritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la 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 da Unisalute, sempreché il Piano sanitario non sia scaduto da oltre quattro mesi, quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;

oppure

- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Isritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

2.13.4 Fase d'istruttoria

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute così come previsto al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", questa si impegna a rispettare le tempistiche di gestione:

- entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Iscritto ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, Unisalute invia il questionario da compilare e richiedere ulteriore documentazione medica ove necessaria;
- entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva Unisalute, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Iscritto a visita;
- entro 90 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o meno richiesta la visita, Unisalute si impegna a dare riscontro all'Iscritto, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza.

Nel caso l'Iscritto risulti in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", avrà diritto alla prestazione con effetto dal momento della denuncia del sinistro sempreché la documentazione prodotta risulti esaustiva e sia possibile accertare che l'Iscritto si trovava in stato di non autosufficienza già al momento della presentazione della denuncia. Diversamente, dal momento in cui la documentazione prodotta è esaustiva e si può certamente riconoscere che l'Iscritto si trova in stato di non autosufficienza.

Nel caso in cui l'Iscritto risulti in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" Unisalute, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiederà all'Iscritto le coordinate bancarie sulle quali procedere al pagamento di quanto dovuto, ferma restando la possibilità per l'Iscritto di richiedere il pagamento tramite assegno bancario. Il pagamento da parte di Unisalute dovrà avvenire entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'Iscritto.

Nei casi in cui l'Iscritto non sia in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" Unisalute comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi, come da valutazione del medico incaricato da Unisalute stessa, ed indicando la rivedibilità.

Nel caso di lungodegenza Unisalute si impegna, ferme le tempistiche di gestione di cui sopra, a sottoporre a visita l'Iscritto ed a fornire a questi riscontro. In ogni caso, l'Iscritto potrà presentare la cartella clinica, o in alternativa, una relazione medica redatta dalla struttura presso la quale è in corso il ricovero da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero.

2.13.5 Erogazione delle prestazioni

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", Unisalute provvederà all'erogazione delle prestazioni, ivi inclusa la costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI) meglio dettagliate nel successivo punto "Servizio PAI per la non autosufficienza", nelle forme di seguito indicate:

- a) Erogazione diretta delle prestazioni di assistenza per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato con Unisalute nei limiti dell'importo di **€ 1.600,00** mensili non rivalutabili e per una durata massima di **60** mesi;
- b) Indennizzo forfettario del danno erogato in forma mensile previa presentazione del certificato di esistenza in vita emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza, per l'importo di **€ 1.600,00** mensili non rivalutabili e per una durata massima di **60** mesi.

Fermo restando la copertura indicate nei punti a) e b), qualora nel nucleo familiare siano presenti dei figli minori, il periodo di erogazione si intende raddoppiato e comunque tale beneficio aggiuntivo cesserà al compimento del 18° anno di età dell'ultimo dei figli minori. Nel caso siano presenti figli disabili ed inabili a qualsiasi

lavoro proficuo, il periodo di copertura si intende triplicato indipendentemente dall'età.

In caso di decesso dell'Iscritto prima della scadenza del termine di erogazione delle prestazioni, quest'ultime saranno sospese dal primo giorno del mese successivo all'avvenuto decesso, fermo restando l'onere per i familiari di darne tempestiva comunicazione a Unisalute.

Unisalute corrisponde all'Iscritto quanto dovuto, tramite bonifico bancario oppure tramite assegno bancario, in forma mensile anticipata.

2.13.6 Servizio PAI per la non autosufficienza

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito dal punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" e successivi, potrà telefonare alla Centrale (entro due settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza) al numero verde dedicato e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito dell'importo mensile previsto e previa valutazione di Unisalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

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

Il Case Manager provvede inoltre ad inviare all'Iscritto, all'amministratore di sostegno, al tutore legale o familiare preposto

alla cura dell'Isritto, una guida orientativa per le agevolazioni socio assistenziali. Il Case Manager è un infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche psicosociali o emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

A seguito del contatto telefonico l'Isritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Isritto dovrà produrre idonea documentazione. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, Unisalute 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.

L'attivazione della copertura avverrà secondo le seguenti modalità:

1) **Nel caso in cui Unisalute 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 le indicazioni 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, necessità espresse dall'Isritto o dai familiari. Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, Unisalute, nei limiti dell'importo mensile, 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 di Unisalute, 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 o dall'amministratore di sostegno, dal tutore legale o dal familiare

preposto alla cura dell'Isritto, per accettazione del PAI. Le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra indicato sono di seguito elencate:

- Assistenza fornita da Infermiere / Operatore Socio Sanitario/ Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

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

Unisalute 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 Unisalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni. Qualora a seguito dell'esaurimento dell'importo massimo previsto 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 una comunicazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Isritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) **Nel caso in cui la Unisalute 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 espressi dall'Isritto o dai familiari.

Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), Unisalute 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, una comunicazione che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Isritti Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Unisalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente alla sua modifica in base ai riscontri ricevuti dall'Isritto stesso e/o dalle strutture convenzionate con Unisalute ed utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto.

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

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Isritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, Unisalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di Unisalute nei limiti dell'importo massimo mensile.

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

3) Nel caso in cui Unisalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Isritto. Laddove al termine dell'istruttoria risultasse che l'Isritto abbia bisogno di una terza persona per svolgere 2 su 6 delle attività della vita quotidiana di cui al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", all'Isritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti Pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Isritto una guida orientativa contenente informazioni rispetto al Comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Isritto o dai familiari.

Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), Unisalute 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, una comunicazione che permetterà allo stesso l'applicazione di tariffe riservate a Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario previsto.

2.13.7Casi di non operatività della copertura

Per la copertura "Indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Isritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)" sono esclusi:

- tutti gli Isritti che - al momento della prima adesione alla medesima copertura - risultavano già affetti da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica). Nelle ipotesi sopra indicate, Unisalute non riconosce le prestazioni in copertura ed è tenuta a rimborsare un importo pari al rateo di contributo non goduto, al netto dei relativi costi accessori.

E' inoltre, escluso dalla copertura lo stato di non autosufficienza causato direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- Dolo dell'Isritto;
- Partecipazione attiva dell'Isritto a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano. Oltre a ciò non sono coperti dal presente Piano sanitario, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atto di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso, o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso.

- Partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l’Iscritto abbia preso parte volontariamente;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- Incidente di volo se l’Iscritto, sia come militare sia come civile, viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell’equipaggio. La copertura tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall’Iscritto in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l’esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l’alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento dei suddetti sport, siano esse ufficiali o meno;
- Fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall’uso di attrezzature per l’effettuazione di lavori subacquee;
- Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall’uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

2.14. Sindrome metabolica (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)

Per attivare la copertura l’Iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando sul sito di Unisalute e “confermare” il suo invio.

Unisalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all’Iscritto l’esito della valutazione tramite mail

mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

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

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

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi
- proteinuria

Al fine di incentivare l'Iscritto ad effettuare il percorso di prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online 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 di Unisalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Qualora tali prestazioni

rientrano tra quelle previste dal Piano sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui alla relativa copertura.

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

2.15. Applicazione tariffe convenzionate

Qualora una prestazione ospedaliera o extraospedaliera, dentaria o fisioterapica riabilitativa 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 alle strutture convenzionate di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2.16. Servizi di consulenza e assistenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009618** dall'estero **00800-39009619** o in alternativa **0039 514185618** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

a) Informazioni telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce a richiesta dell'Isritto un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dal presente piano associativo, nelle strutture sanitarie convenzionate con Unisalute.

c) Prestazione di assistenza

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

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

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

All'estero

e) Viaggio di un familiare all'estero

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

f) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le

disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Isritto, al quale l'Isritto potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Isritto).

g) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Isritto, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Isritto, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

h) Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Isritto in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

i) Rimpatrio sanitario

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

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

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. La prestazione non viene fornita per

le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Isritto di proseguire il viaggio. La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Isritto, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

j) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto necessiti di una visita specialistica, successivamente ad una consulenza medica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Isritto, al quale lo stesso potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a proprio carico).

k) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Isritto, in conseguenza di infortunio o malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Isritto, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

l) Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Isritto in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà all'inoltro di tali messaggi.

3. CONTRIBUTI

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

- | | |
|---|-------------------|
| a. Iscritti e pensionati in attività iscritti a CIPAG | a carico di CIPAG |
| b. Pensionati non Iscritti | € 80,00 |
| c. Contributo aggiuntivo per un familiare | € 43,00 |

d. Contributo aggiuntivo per due o più familiari	€ 60,00
e. Superstiti	€ 43,00
f. Dipendenti CIPAG/Collegi/Professionisti	€ 43,00

4. ALLEGATO A – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- a. **Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.** Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in copertura quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.
- b. **Interventi per trapianti: tutti.**
- c. **Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi.**
- d. **Interventi di neurochirurgia per:**
- craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
 - intervento per epilessia focale e callosotomia;
 - intervento per encefalomeningocele;
 - derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
 - intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
 - trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
 - endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
 - talamotomia, pallidotomia ed interventi simili;

- cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomieloidali;
- neurectomia retrogasseriana;
- interventi per traumi vertebro-mieloidali con stabilizzazione chirurgica;
- interventi endocraniali per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomieloidali (mielocela, mielomeningocela, ecc.);
- vagotomia per via toracica;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- plastica per paralisi del nervo facciale;
- intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.

e. Interventi di cardiocirurgia per:

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

f. Interventi di chirurgia vascolare per:

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

g. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

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

h. Interventi di chirurgia generale per:

- diverticolosi esofagea;

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

i. Interventi di chirurgia urogenitale per:

- fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- intervento per estrofia della vescica;

- metroplastica;
- nefroureterectomia radicale;
- surrenalectomia;
- interventi di cistectomia totale;
- interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- cistoprostatovescicolectomia;
- leocisto plastica;
- colecisto plastica;
- isterectomia totale;
- intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

j. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

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

k. Interventi di chirurgia toracica per:

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

l. Interventi di chirurgia pediatrica per:

- idrocefalo ipersecretivo;
- polmone cistico e policistico;
- atresia dell'esofago;
- fistola dell'esofago;
- atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;

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

5. ALLEGATO B – ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

a. Infarto miocardico acuto.

b. Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- dispnea;
- edemi declivi;
- aritmia;
- angina instabile;
- edema o stasi polmonare;
- ipossiemia.

c. Neoplasia maligna.

d. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

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

e. Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in

segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

- f. Stato di coma.**
- g. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.**
- h. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale, inoltre, limitatamente al solo caponucleo, sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:**
- i. Tetraplegia.**
- j. Sclerosi multipla.**
- k. Sclerosi laterale amiotrofica.**
- l. Alzheimer.**
- m. Morbo di Parkinson caratterizzato da:**
 - riduzione attività motoria;
 - mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

SEZIONE B
PIANO SANITARIO
INTEGRATIVO
(operante per i soli
Iscritti che hanno
attivato le coperture)

1. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Per l'adesione al Piano sanitario Integrativo è necessario che ogni titolare ed eventuale nucleo familiare abbia aderito precedentemente alla "Sezione A Piano Sanitario Base"

Il Piano sanitario è operante a favore degli Iscritti e Pensionati in attività Iscritti alla CIPAG.

Le coperture sono estese, in forma individuale, a:

- a. Dipendenti dei professionisti Iscritti CIPAG che esercitano singolarmente, in associazione e STP;
- b. Dipendenti dei Collegi e dipendenti di CIPAG;
- c. Ai pensionati e superstiti titolari della precedente copertura sanitaria.

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico del titolare, al nucleo familiare dell'Iscritto, intendendosi per tale il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente tale indipendentemente dal genere e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

Sono, altresì, equiparabili ai figli, i figli del coniuge o del convivente.

Sono altresì equiparabili ai figli, i figli del coniuge o del convivente.

Per i figli è previsto il limite di 35 anni. **N.B: figli fino a 35 anni compiuti: il Piano sanitario pertanto può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 35° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del 36° anno d'età. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi inabili a lavoro proficuo.**

E' possibile **non estendere** il Piano sanitario a quei componenti del nucleo familiare che già siano titolari di una analoga copertura per il rimborso delle spese mediche. A tal fine, il professionista dovrà fornire idonea documentazione che confermi la copertura sanitaria del familiare, vale a dire copia della polizza in caso di contratto

individuale o dichiarazione del datore di lavoro o della Cassa d'appartenenza nel caso di polizza collettiva.

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

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

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

2. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Trattandosi di un Piano sanitario integrativo, sono da considerarsi oggetto di copertura nel presente Piano le prestazioni che non sono previste all'interno del Piano sanitario Base.

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;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- parto e aborto terapeutico e spontaneo;
- prestazioni extraospedaliere e domiciliari;
- prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per il l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base");
- protesi dentarie a seguito di infortunio;

- cure dentarie a seguito di infortunio;
- prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per il titolare è operante per le sole prestazioni non previste nella “Sezione A Piano Sanitario Base”).

2.1. Il limite di spesa annuo

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, **per l’insieme di tutte le prestazioni di cui al presente “Sezione B Piano Sanitario Integrativo (operante per i soli Iscritti che hanno attivato le coperture)”**, che ammonta a **€ 260.000,00** 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.

2.2. Ricovero in istituto di cura

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 cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici (comprese le prestazioni biottiche), visite specialistiche nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 90 giorni precedenti l’inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall’infortunio che ha determinato il ricovero.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

<p>Assistenza medica, medicinali, cure</p>	<p>Assistenza medica, medicinali, cure, prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e tutte le prestazioni sanitarie durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.</p>
<p>Rette di degenza</p>	<p>Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno più il 50% dell'eccedenza. Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva/semintensiva.</p>
<p>Accompagnatore</p>	<p>Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, in caso di indisponibilità in quest'ultimo, in struttura alberghiera. La copertura è prestata nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.</p>
<p>Assistenza infermieristica privata individuale</p>	<p>Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.</p>
<p>Post-ricovero</p>	<p>Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero,</p>

	<p>purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. I trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso. Sono compresi in copertura i medicinali non mutuabili prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.</p>
--	---

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

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

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

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**85%** con il minimo non indennizzabile di **€ 300,00** ed un massimo non indennizzabile di **€ 1.750,00**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con l'applicazione dello scoperto o del minimo non indennizzabile previsti 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'Isritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'Isritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

2.3. Trasporto sanitario in caso di ricovero con intervento chirurgico

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

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

2.4. Day-hospital

Nel caso di day-hospital **con intervento chirurgico**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi "Ricovero in istituto di cura" e "Trasporto sanitario per ricovero con intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati.

Nel caso di day-hospital **senza intervento chirurgico superiore a tre giorni** (per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al paragrafo "Ricovero in istituto di cura".

In caso di day-hospital **senza intervento chirurgico uguale o inferiore a tre giorni**, le prestazioni sostenute verranno rimborsate in base a quanto previsto dal successivo paragrafo "Prestazioni extraospedaliere e domiciliari".

2.5. Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura” punti “Pre-ricovero”, “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure” e “Post-ricovero”, con i relativi limiti in essi indicati.

2.6. Parto e aborto terapeutico/spontaneo

2.6.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi “Ricovero in Istituto di cura” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario per ricoveri con intervento chirurgico” con i relativi limiti in essi indicati.

2.6.2 Parto non cesareo e aborto terapeutico/spontaneo

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico/spontaneo **effettuato in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi “Ricovero in Istituto di cura” 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”, punto “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario per ricoveri con intervento chirurgico” con i relativi limiti in essi indicati.

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico **effettuato in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi “Ricovero in Istituto di cura” 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”, punto “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 3.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture.

2.7. 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 di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura” punti “Pre-ricovero” e “Post-ricovero”, avrà diritto a un’indennità di **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100** giorni per ricovero. Sono compresi i ricovero per parto e aborto terapeutico e spontaneo.

Il rimborso delle spese di pre e post ricovero, fermi restando gli specifici limiti temporali indicati nei paragrafi precedenti, verrà effettuato con le modalità previste al paragrafo “Ricovero in istituto di cura”.

➔ L’indennità verrà corrisposta anche in caso di **day-hospital** con **intervento chirurgico o senza intervento chirurgico superiore a tre giorni** per l’importo di **€ 155,00** al giorno per un periodo non superiore a **100** giorni per day-hospital, fermo il resto.

L’indennità di cui al presente paragrafo non verrà erogata nel caso in cui, per il medesimo ricovero, sia già stata corrisposta l’indennità sostitutiva prevista nella “Sezione A Piano sanitario Base”.

2.8. Cure per il neonato nel primo anno di vita

Il Piano sanitario rimborsa le spese sanitarie sostenute nel primo mese di vita del neonato. Rientrano in copertura le spese, sostenute durante il periodo di ricovero post-parto, per degenza, cure, accertamenti diagnostici anche a scopo preventivo per il neonato, e tutte le spese connesse.

La copertura è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nel Piano sanitario entro il **30°** giorno dalla nascita con pagamento del relativo contributo. In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale, mentre le prestazioni in forma diretta nelle strutture convenzionate con Unisalute verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

2.9. Prestazioni extraospedaliere e domiciliari

Il limite di spesa annuo a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo "Prestazioni extraospedaliere e domiciliari" è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

Per la copertura di cui al punto "2.9.2 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" è previsto un sottolimito di spesa annuo di € 2.500,00 per nucleo familiare.

2.9.1 Prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per il nucleo familiare, per il l'iscritto in forma collettiva e il pensionato in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base")

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle seguenti spese di alta specializzazione.

<p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amniocentesi - Angiografia - Arteriografia - Artroscopia - Broncografia - Broncoscopia - Cateterismo cardiaco 	<ul style="list-style-type: none"> - Holter cardiaco - Holter pressorio - Isterosalpingografia - Linfografia - Mammografia - Moc - OCT oculare - Risonanza Magnetica Nucleare
---	---

<ul style="list-style-type: none"> - Cisternografia - Cistoscopia - Clisma opaco - Colangiografia - Colangiografia percutanea (PTC) - Coronarografia - Colonscopia - Crioterapia - Discografia - Ecocolordoppler - Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) - Ecografia transrettale - Ecografica transvaginale - Ecografia mammaria - Ecotomografia - Elettrocardiografia - Elettroencefalografia - Elettromiografia - Elettroscopia - Endoscopia - Fistelografia - Flebografia - Fluorangiografia 	<ul style="list-style-type: none"> - Rx esofago, Rx esofago con mezza di contrasto, Rx tubo digerente - Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto - Rx tenue e colon con mezzo di contrasto - Scintigrafia - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) - Tomografia a Emissione di Positroni (PET) - Urografia - Vescicolodeferentografia - Villocentesi <p>Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chemioterapia - Dialisi - Laserterapia a scopo fisioterapico - Radioterapia
---	--

2.9.2 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici prevede, con l'esclusione delle visite pediatriche, delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici e degli esami di laboratorio.

E' altresì previsto il rimborso delle infiltrazioni (compreso il costo del farmaco), delle visite omeopatiche e dell'agopuntura a condizione che vengano effettuate da medico chirurgo specialista.

Relativamente alle visite specialistiche, 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.

Il sottolimito di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.500,00 per nucleo familiare.

2.9.3 Modalità di erogazione delle prestazioni

- **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 visita specialistica, 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 con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico o ciclo di terapia. 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 integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. 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.

2.10. Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per il l'iscritto in forma collettiva e il pensionato in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base")

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **una volta l'anno 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 e le donne una volta all'anno

- prelievo venoso
- ALT
- AST
- gamma GT
- glicemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- emocromo
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- VES
- quadro elettroforetico, esame urine.

prestazioni previste per gli uomini una volta all'anno

- elettrocardiogramma da sforzo

prestazioni previste per le donne una volta all'anno

- ecodoppler arti inferiori

prestazioni previste per le donne dal 30° anno di età ogni tre anni

- HPV test ogni tre anni e PAP TEST se HPV positivo.

prestazioni previste per gli uomini oltre i 50 anni di età una volta all'anno

- PSA (specifico antigene prostatico)
- PSA free

prestazioni previste per le donne oltre i 50 anni di età una volta ogni due anni:

- mammografia: per la sola mammografia è richiesta una prescrizione medica (con indicazione di screening, check up o controllo) da consegnarsi alla struttura sanitaria convenzionata in base al decreto attuativo legge 187/2000)
- ecografia mammaria

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

In alternativa, il Piano sanitario rimborsa le spese per le prestazioni di cui al presente paragrafo nel limite di spesa annuo di **€ 250,00** per persona.

2.11. Protesi dentarie a seguito di infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, Il Piano sanitario rimborsa all’Iscritto le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie rese necessarie da infortunio, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

La copertura è operante in forma esclusivamente rimborsuale. Le spese sostenute verranno rimborsate con il limite di **€ 400,00** per ogni elemento di protesi dentaria.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 3.000,00 per nucleo familiare.

2.12. Cure dentarie a seguito di infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, Il Piano sanitario rimborsa all’Iscritto le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessario da infortunio, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

La copertura è operante in forma esclusivamente rimborsuale. Le spese sostenute verranno rimborsate integralmente.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

2.13. Prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per il l’Iscritto in forma collettiva e il pensionato in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella “Sezione A Piano Sanitario Base”)

In deroga di quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l’anno **in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni 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. Queste prestazioni devono essere effettuate in un’unica soluzione.

- 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.
- Visita specialistica odontoiatrica.

3. PERIODO DI CARENZA

Il Piano sanitario non è operante per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza del Piano stesso.

Le coperture previste dal Piano sanitario sono attivate 200 giorni dopo l'adesione, tale carenza non si applica in caso di infortunio avvenuto dopo la data di adesione. Inoltre il periodo di carenza di cui sopra non è previsto per il parto, l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio se risulta provato che la gravidanza è insorta successivamente alla data di adesione.

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano applicazione qualora l'Iscritto sia stato iscritto nell'annualità precedente con copertura rimborso spese mediche stipulata da CIPAG. A conferma della posizione assicurativa di provenienza l'Iscritto dovrà inviare, unitamente alla eventuale richiesta di rimborso, attestazione dell'avvenuto versamento del contributo associativo.

4. CONTRIBUTI

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

a) Iscritto/PENSIONATO/SUPERSTITE	€ 372,00
b) Iscritto più un familiare	€ 570,00
c) Iscritto più due familiari	€ 630,00
c) Iscritto più tre o più familiari	€ 660,00

