

Guida al Piano sanitario

Cassa De Lellis

I° Rischio – Opzione Base

Edizione 2025

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse da 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

800-009650

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 UniSalute da App Store e Play Store.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

1. SOMMARIO	3
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. Il sito di UniSalute	9
4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	10
4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	11
4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
4.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	12
4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?	12
4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.2. L'app di UniSalute	13
4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	13
4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	14
4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	14
4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	14
5. PERSONE ASSICURATE	15
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	15
SEZIONE PRIMA	16
6.1. Ricovero in istituto di cura	16
6.1.1. Trasporto sanitario	17
6.1.2. DAY-HOSPITAL	18
6.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale	18
6.1.4. Trapianti	18
6.1.5. Parto e aborto	20
6.1.5.1. Parto cesareo	20
6.1.5.2. Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo	20
6.1.6. Rimpatrio della salma	21
6.1.7. Modalità di erogazione delle prestazioni	21
6.1.8. Indennità sostitutiva	23
6.1.9. Ospedalizzazione domiciliare	23
6.1.10. Malattie pregresse croniche recidivanti	23
6.1.11. Massimale assicurato	24
6.2. Neonati	24
6.3. Alta specializzazione	24

6.4.	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	26
6.5.	. Trattamenti fisioterapici riabilitativi	27
6.6.	Cure termali	28
6.7.	Protesi ortopediche e acustiche	29
6.8.	Medicinali	29
6.9.	Cure oncologiche	30
6.10.	Assistenza infermieristica domiciliare	31
6.11.	Lenti e occhiali	31
6.12.	Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche	31
6.13.	Prestazioni diagnostiche particolari	32
6.14.	Odontoiatria / ortodonzia	34
6.14.1.	Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico	34
6.14.2.	Massimale	34

SEZIONE SECONDA35

6.15.	Stati di non autosufficienza consolidata/permanente - protezione completa per assicurati con eta' minima 18 anni	35
6.15.1.	Oggetto della garanzia	35
6.15.2.	Condizioni di assicurabilità	35
6.15.3.	Massimale mensile assicurato	36
6.15.4.	Definizione dello stato di non autosufficienza	36
6.15.5.	PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA	39
6.16.	Servizi di consulenza e assistenza	43

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO47

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI50

8.1.	Inclusioni/esclusioni	50
8.2.	Validità territoriale	52
8.3.	Limiti di età	52
8.4.	Gestione dei documenti di spesa	52
8.5.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	53
8.6.	Foro competente	53
8.7.	Reclami	53
8.8.	Diritto all'oblio oncologico	56
8.9.	Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti	56
8.10.	Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	57

9. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI58

10. SCHEDA ANAMNISTICA ODONTOIATRICA67

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. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

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 esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

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

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



Richiesta rimborso online

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

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

4.1. Il sito di UniSalute

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

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

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

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla registrazione clienti sul sito UniSalute.

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

Nella home page del sito www.unisalute.it clicca sul pulsante "Area riservata" in alto a destra, poi su "Registrati adesso" 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 pulsante "Area riservata" in alto a destra nell'home page, poi su "Hai bisogno di aiuto?" e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

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

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

Accedi all'area clienti e clicca su "**Fai una nuova prenotazione**".

In base alle tue esigenze puoi:

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



Prenotazione veloce

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

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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

Entra nell'Area clienti e clicca su **"Richiedi un nuovo rimborso"**



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 - Via**

Larga, 8 - 40138 Bologna BO, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

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

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

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

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

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

4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?

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

Trovi i documenti relativi al tuo Piano sanitario e l'eventuale modulistica, incluso il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero.

4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

Accedi all'Area clienti e **accedi alla sezione "Strutture"**.

Puoi visualizzare le strutture sanitarie convenzionate per il tuo specifico Piano sanitario.

4.2. L'app di UniSalute

Con **UniSalute Up**, l'app di UniSalute, puoi:

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

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

UniSalute PER TE

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

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

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

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

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

In tutti i casi UniSalute verifica in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.

Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

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

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

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

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile

infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

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

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

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

Integra la documentazione mancante

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

5. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti in forza presso l'azienda associata alla data di effetto indicata in polizza.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio, al coniuge o convivente “more uxorio”, ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia nonché ai genitori o ai fratelli anch'essi tutti risultanti da stato di famiglia.

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

6. 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 reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- ospedalizzazione domiciliare;
- neonati;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- cure termali;
- protesi ortopediche e acustiche;
- medicinali;
- cure oncologiche;
- malattie pregresse croniche recidivanti;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- lenti e occhiali;
- prestazioni psichiatriche e psicoterapiche;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- odontoiatria/ortodonzia;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa;
- servizi di consulenza e assistenza.

SEZIONE PRIMA

6.1. Ricovero in istituto di cura

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (**risultante dal referto operatorio**); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali (compresi farmaci omeopatici e compositi/galenici), esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero **in Istituto di cura non convenzionato con la Società**, la garanzia è prestata nel **limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate per un massimo di **90** giorni per ricovero sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali (compresi farmaci omeopatici e compositi/galenici), prestazioni mediche, chirurgiche e **infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura)**, trattamenti fisioterapici o rieducativi – compreso il noleggio di attrezzature protesiche e terapeutiche - e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), **effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.**

6.1.1. Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto, anche all'estero, o dell'Assicurato in ambulanza- o con altro mezzo sanitario quale unità coronarica mobile o aereo sanitario **-all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.600,00 per ricovero.**

6.1.2. DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.**

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

6.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.**

6.1.4. Trapianti

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

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

Nel caso in cui l'assicurato sia il donatore vivente di organi, la Società potrà corrispondere un'indennità sostitutiva previo l'invio **della seguente documentazione in originale:**

- risposta positiva del Centro Nazionale Trapianti con indicazione delle liste di attesa e della durata dell'iscrizione nelle stesse attraverso il SIT (Sistema Informativo Trapianti), e autorizzazione alla ASL di competenza al rilascio dell'autorizzazione
 - autorizzazione della ASL di competenza
- a) Nel caso in cui l'espianto avvenga all'Estero oltre quanto sopra-indicato, si chiedono altresì i seguenti documenti in originale:
- certificazione delle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane delle condizioni indispensabile per l'autorizzazione (natura pubblica, mancanza dello scopo di lucro e tariffe approvate o controllate)
 - certificazione delle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane con le credenziali dell'Istituto presso il quale è stato effettuato l'espianto
- b) Nel caso in cui l'assicurato abbia sostenuto delle spese, l'assicurato potrà chiedere il rimborso delle sole spese rimaste a suo carico, esclusivamente solo DOPO aver già ricevuto il contributo alle spese sostenute da parte del Ministero della Salute e/o della Regione e/o della Asl.
- In questo caso la Società potrà corrispondere le somme rimaste eventualmente a carico dell'Assicurato.

Per ottenere tali rimborsi l'Assicurato dovrà inoltrare alla Società, **in aggiunta a quanto già previsto ai punti a) e b):**

- Copia conforme all'originale delle fatture debitamente quietanzate
- autorizzazione **in originale** rilasciata dal Ministero della Salute e/o dalla Regione e/o dalla Asl di competenza a sostenere le spese di cui si chiede il rimborso integrativo
- estratto conto in originale delle spese sostenute all'estero e rimborso integralmente o in parte dal Ministero della Salute e/o dalla Regione e/o dalla Asl di competenza a sostenere le spese di cui si chiede il rimborso integrativo

Rimane inteso che:

- le spese non autorizzate preventivamente da Ministero della Salute e/o Regione e/o Asl di competenza, non potranno essere oggetto di rimborso, ancorché parziale

- qualora non fosse possibile inviare la documentazione richiesta in originale, l'Assicurato potrà inoltrare le copie conformi agli originali purché convalidate, con data-timbro-e firma, dai rispettivi Enti emittenti.
- La Società avrà sempre la facoltà di richiedere ulteriore documentazione
- L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici curanti.

6.1.5. Parto e aborto

6.1.5.1. Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.**

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di spesa indicato al punto **"Massimale assicurato"**.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, la garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 12.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, **ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario"**.

6.1.5.2. Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al

pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti “Ricovero in Istituto di cura” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto “Ricovero in istituto di cura”, lettera g) “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, **ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.**

6.1.6. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero o un evento non escluso ai sensi dell'art. “Esclusioni dall'assicurazione”, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.**

6.1.7. Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con applicazione di uno scoperto **del 10% con il minimo non indennizzabile di €1.000,00 ed un massimo non indennizzabile di € 2.500,00** ad eccezione delle seguenti:

punto “Ricovero in istituto di cura”:

– lett. a) “Pre ricovero”;

punto “Trasporto sanitario”;

punto “Rimpatrio della salma”

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto “Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo”;

punto “Ospedalizzazione domiciliare”

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei

limiti previsti ai punti indicati.

Per intervento chirurgico ambulatoriale applicazione di una franchigia di € 250,00

Per day hospital applicazione di una franchigia di € 500,00

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno **scoperto del 30% ad eccezione delle seguenti:**

punto "Ricovero in Istituto di cura":

– **lett. e) "Accompagnatore";**

– **lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";**

punto "Trasporto sanitario";

punto "Parto e aborto";

punto "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di **ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità Sostitutiva".**

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle **spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"indennità sostitutiva".**

Qualora il ricovero avvenga in **regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".**

6.1.8. Indennita' sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità da parte della Società di provvedere al pagamento delle spese di "pre" e "post ricovero" con le **modalità di cui ai punti "Ricovero in istituto di cura" lett. a) a) Preovero e lett. g) Post ricovero**, avrà diritto a **un'indennità di € 60,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 150 giorni per ogni ricovero**.

Le spese relative alle garanzie di "pre" e "post ricovero" vengono prestate nel limite di spesa indicato al punto "Massimale assicurato".

6.1.9. Ospedalizzazione domiciliare

La Società, **per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata**, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato **secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse**, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 20.000,00 per nucleo familiare.

6.1.10. Malattie pregresse croniche recidivanti

Le garanzie comprendono le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza o di una successiva appendice di inclusione di persone, nonché le malattie croniche e recidivanti.

6.1.11. Massimale assicurato

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 150.000,00 per nucleo familiare.

Nel caso di “**grande intervento chirurgico**”, intendendo per tali quelli contenuti nell’elenco allegato alla polizza, **il massimale suindicato viene elevato a € 225.000,00.**

6.2. Neonati

I figli delle donne assistite, nati durante il periodo di validità della polizza, sono gratuitamente assicurati per le stesse somme e garanzie pattuite per la madre con decorrenza dal momento della nascita e comunque sino al termine dell'anno assicurativo.

È equiparata a "nascita" l'adozione del neonato, purché avvenuta nel primo anno di vita.

6.3. Alta specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac

- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

- Accertamenti endoscopici
- Diagnostica radiologica
- Amniocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia

- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 75,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborso integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.**

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare.

6.4. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici **conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.** Rientra in garanzia **esclusivamente una**

prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

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.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 75,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.500,00 per nucleo familiare.

6.5.. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione (compreso l'osteopata) il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.

È prevista l'agopuntura e l'elettro agopuntura (non solo a fini antalgici).

È previsto il rimborso delle sedute dal logopedista sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in logopedia.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00 per nucleo familiare.

6.6. Cure termali

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per cure termali (sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) conseguenti a malattia o a infortunio, sempreché siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel,

centri benessere anche se con annesso centro medico.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società,** le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 30% e minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura/persona.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, **la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopra indicate corrisponde a € 650,00 per nucleo familiare.

6.7. Protesi ortopediche e acustiche

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel **limite annuo di € 1.100,00 per nucleo familiare.**

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura/persona.**

6.8. Medicinali

La Società provvede al rimborso delle spese per medicinali, anche omeopatici, e composti galenici **prescritti a seguito di malattia o infortunio.**

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

Ai fini del rimborso è necessario l'invio della seguente documentazione:

- copia delle prescrizioni mediche nominative;
- fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino denominazione e prezzo del farmaco;
- relativi scontrini fiscali.

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi e da banco.

Il rimborso delle spese è effettuato con **l'applicazione di uno scoperto del 20% e con minimo non indennizzabile di € 50,00 per sinistro/persona** (Per sinistro si intende l'insieme degli scontrini fiscali inviati in un'unica soluzione).

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

6.9. Cure oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), **con massimale autonomo.**

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.**

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per nucleo familiare.

6.10. Assistenza infermieristica domiciliare

La Società rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare nel **limite di € 30,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per nucleo/anno assicurativo.**

6.11. Lenti e occhiali

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute, **con applicazione di uno scoperto del 30%**, per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura, nel **limite annuo di € 150,00 per persona.**

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

6.12. Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche

A parziale deroga di quanto previsto al punto 2 dell'Art. "Esclusioni dall'assicurazione", la Società provvede al pagamento delle prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, sempreché siano **prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta / psicologo iscritto all'albo.**

Sono escluse le cure farmacologiche e le spese relative a ricoveri, anche obbligatori, finalizzate alla cura di malattie mentali.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione del numero di sedute effettuate.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 40,00 per ogni prestazione/seduta.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni prestazione/seduta.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, **la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopra indicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

6.13. Prestazioni diagnostiche particolari

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate **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.

Esami previsti per uomo e donna con età tra i 20 e i 30anni

Pacchetto esami 01 da standard

1. alanina aminotransferasi (alt) (s)
2. aspartato aminotransferasi (got) (s)
3. colesterolo hdl
4. colesterolo totale o colesterolemia
5. creatinina (s/u/du/la)
6. esame emocromocitometrico e morfologico completo

<p>7. gamma glutammil-transpeptidasi (gamma-gt) (s/u)</p> <p>8. glucosio (s/p/u/du/la) glicemia</p> <p>9. trigliceridi</p> <p>10. urea (s/p/u/du) azotemia</p> <p>11. urine: esame chimico, fisico e microscopico</p> <p>12. velocita' di sedimentazione delle emazie (ves)</p> <p>13. feci: ricerca del sangue occulto</p> <p>14. ptt (tempo di tromboplastina parziale)</p> <p>15. tempo di protrombina</p>	
<p>Esami previsti per uomo con età tra i 31 e i 40 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacchetto esami 01 (vedi elenco sopra) • Ecografia addome completo 	<p>Esami previsti per donna con età tra i 31 e i 40 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacchetto esami 01 (vedi elenco sopra) • Ecografia addome completo • Ecografia mammaria • Pap test
<p>Esami previsti per uomo con età tra i 41 e i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacchetto esami 01 (vedi elenco sopra) • Ecografia addome completo • Psa • Rx torace 	<p>Esami previsti per donna con età tra i 41 e i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacchetto esami 01 (vedi elenco sopra) • Ecografia addome completo • Mammografia • Pap test • Rx torace
<p>Esami previsti per uomo con età oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacchetto esami 01 (vedi elenco sopra) • Ecografia addome completo • Psa • Rx torace • Ecografia prostatica sovrapubica • Coprocultura 	<p>Esami previsti per donna con età oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacchetto esami 01 (vedi elenco sopra) • Ecografia addome completo • Ecografia mammaria • Mammografia • Pap test • Rx torace • Coprocultura

Per effettuare RX torace e mammografia è necessaria la

prescrizione senza indicazione di patologia, indicante controllo - check up/prevenzione

6.14. Odontoiatria / ortodonzia

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sottoindicate.

6.14.1. Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico

La Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.**

Nel caso di utilizzo di **strutture o di personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 75,00 per fattura/persona.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, **la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.**

6.14.2. Massimale

Il massimale annuo Assicurato corrisponde a € 1.100,00 per nucleo

familiare (con aumento di € 300 per ogni familiare assicurato).

Gli eventuali importi di spesa eccedenti il massimale annuo assicurato dovranno essere versati dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

SEZIONE SECONDA

6.15. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente - protezione completa per assicurati con età minima 18 anni

6.15.1. Oggetto della garanzia

La Società, nel limite del massimale mensile di cui all'articolo garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

6.15.2. Condizioni di assicurabilità

All'effetto di polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a. Lavarsi
 - b. Vestirsi e svestirsi
 - c. Andare al bagno e usarlo
 - d. Spostarsi
 - e. Continenza
 - f. Nutrirsi

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

6.15.3. Massimale mensile assicurato

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", il massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sottoindicate, corrisponde a € 400,00 da erogarsi per un periodo massimo di 3 anni.

6.15.4. Definizione dello stato di non autosufficienza

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

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

- **Nutrirsi**

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

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

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

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

1° grado

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

2° grado

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

3° grado

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

VESTIRSI E SVESTIRSI

1° grado

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

2° grado

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

protesi

3° grado

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

ANDARE AL BAGNO E USARLO

1° grado

L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte

di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare in bagno

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

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

2° grado

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

3° grado

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

SPOSTARSI

1° grado l'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi

2° grado l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore

3° grado l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi

CONTINENZA

1° grado

L'Assicurato è completamente continente

2° grado

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

3° grado

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

NUTRIRSI

1° grado

L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

2° grado

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

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

3° grado

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

6.15.5. PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di polizza (art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si

ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde 800-009650 (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del massimale mensile previsto all'art. "Massimale mensile assicurato" e previa valutazione della Società, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

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

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo "RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELLA SOCIETA'". Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

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

all'art. "Massimale mensile assicurato", provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.

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

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

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

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

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

Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle

facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

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

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

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

La Società si riserva la facoltà di sottoporre l'assicurato 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'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, la Società rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Società, nei limiti del massimale mensile.

Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a

carico dell'Assicurato stesso.

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

Laddove il punteggio assegnato dalla Società al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'assicurato 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'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

4) Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), la Società provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto all'art. "Massimale mensile assicurato", esclusivamente la retta mensile.

6.16. Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800- 009650 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura

- stato di valutazione delle pratiche di rimborso
- modalità di richiesta di rimborso

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate** con la Società.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Struttura Organizzativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

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

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Se l'Assicurato, dopo il Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio o di malattia improvvisa, necessiti di trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura Organizzativa 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.**

f) Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che per caratteristiche

obiettive, viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Struttura Organizzativa, **previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino che l'Assicurato necessiti:**

- di un Ricovero presso un altro Istituto di Cura più specializzato;
- di un Ricovero presso un Istituto di Cura più vicino alla propria abitazione in Italia, nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero.

la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni.

Il trasporto, secondo la gravità del caso, può essere effettuato con:

- treno in prima classe e se necessario con cuccetta o vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso;
- aereo di linea anche barellato;
- aereo sanitario, limitatamente all' Europa.

In caso di Malattia improvvisa manifestatasi all'estero, il trasporto sanitario opera se la Malattia è in fase acuta e non è nota all'Assicurato.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura

Organizzativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

All'estero

In collaborazione con Unipol Assistance S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia improvvisa o di infortunio, **l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni**, la Struttura Organizzativa, 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 e si accollerà **le spese di soggiorno nel limite di euro 100 per sinistro.**

La garanzia opera se non sia già presente sul posto un altro familiare maggiorenne.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio **l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia)**, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, **compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali**, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

Sono esclusi dalla prestazione i medicinali salva vita

i) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato 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 Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto**, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, **con i mezzi che i medici**

della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

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

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa.**

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Qualora l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

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

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Odontoiatria/Ortodonzia" l'assicurazione non è operante per:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto. "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
3. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
4. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
5. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
6. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
7. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

8. di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
9. di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
10. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
11. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
12. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

* 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 Assicurati per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. Inclusioni/esclusioni

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

1) Inserimento di nuovi assistiti in data successiva all'effetto di polizza per nuove assunzioni

Le inclusioni di dipendenti di un'azienda già associata in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni o variazioni di qualifica. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dalle **ore 24,00 del giorno della relativa comunicazione alla Cassa sempreché questa comunicazione avvenga entro 30 giorni dalla data di assunzione.**

Se la comunicazione alla Cassa viene fatta **oltre 30 giorni dall'assunzione, la decorrenza delle prestazioni viene normata come indicato all'art. "Periodi di carenza contrattuali".**

2) Inclusione del nucleo familiare in un periodo successivo l'effetto di polizza del titolare

Se la richiesta di inserimento del proprio nucleo familiare (inteso come coniuge o convivente more/uxorio, figli, genitori e fratelli tutti risultanti dallo stato di famiglia) viene fatta dal titolare in un periodo successivo l'effetto della propria copertura, **l'adesione dei familiari avverrà in occasione del rinnovo annuale. La decorrenza delle prestazioni per i nuovi familiari viene normata come indicato all'art. "Periodi di carenza contrattuali"**.

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto "Persone assicurate", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della polizza **è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite mediante compilazione e invio alla Cassa dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data di avvenuta comunicazione alla Cassa sempreché questa venga fatta entro 30 giorni dalla variazione dello stato di famiglia, fermo restando quanto indicato all'art. "Neonati". Superato il termine dei 30 giorni, l'inserimento del nuovo familiare avverrà in occasione del rinnovo annuale e le prestazioni potranno essere usufruite secondo le modalità indicate all'art. "Periodi di carenza contrattuali"**.

Nel caso in cui il dipendente, al momento del rinnovo annuale, decidesse di non confermare la propria adesione alla Cassa, perderà da tale momento il diritto all'erogazione delle prestazioni ed inoltre non potrà più essere inserito fra i beneficiari delle prestazioni attraverso la stessa azienda.

Nel caso in cui il dipendente intendesse escludere il nucleo familiare indicato in precedenza deve darne comunicazione per iscritto alla Cassa almeno un mese prima della scadenza annuale; in tal caso il nucleo familiare non potrà più essere ammesso ad usufruire delle prestazioni assistenziali sanitarie.

4) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro la copertura termina alle ore 24 della data indicata dall'Associato, e comunque non retroattiva rispetto alla data di comunicazione, ed è previsto il relativo rimborso di premio al netto delle tasse per il periodo intercorrente tra

l'esclusione e la scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

8.2. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Prima di partire per la vacanza/trasferta, scarica il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero e contiene anche un riepilogo dei contatti utili in caso di necessità. Trovi il **Modulo estero** all'interno della tua **Area Clienti** sul sito UniSalute nella **sezione "Polizza"**.

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

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

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

8.3. Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 76°anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, **un componente del nucleo familiare raggiunga il 76° anno di età, l'assicurazione cesserà** alla prima scadenza annua **limitatamente a questo Assicurato.**

8.4. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da

UniSalute effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

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

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

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute mette a disposizione 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'Assicurato.

8.6. Foro competente

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

8.7. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un

servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.**

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

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

- c. breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d. copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

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

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

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

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

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

8.8. Diritto all'oblio oncologico

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

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

8.9. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei

Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

8.10. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2023, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 273,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 114,4 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2023, è pari ad € 111,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 32,4 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi

Propri rispettivamente pari ad € 247,3 milioni e ad € 245,1 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2023, pari a 2,22 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,57 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

9. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Chirurgia del sistema nervoso periferico

- anastomosi vasi extra intracranici con innesto
- anastomosi endocranica dei nervi cranici
- asportazione dei processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti)
- asportazione di tumori dell'orbita
- asportazione di tumori ossei dalla volta cranica
- cordotomia e mielotomia percutanea
- correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale, subdurale ed epidurale
- derivazioni liquorali intra o extracraniche
- emisferectomia
- endoarterectomia della carotide e della vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasverso
- intervento per craniostenosi
- intervento per encefalomeningocele
- intervento per traumi cranio cerebrali
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- interventi sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore e posteriore
- interventi sul plesso brachiale
- laminectomia esplorativa o decompressione
- plastiche craniche per tessuti extracerebrali
- rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare

- trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e subdurale
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi e fistole)
- trattamento lesioni intramidollari
- somatotomia vertebrale
- spondilolistesi

Faccia e bocca

- asportazione della parotide per tumori maligni (parotidectomia totale)
- interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento
- ganglionare
- operazioni demolitrici per tumori del massiccio frontale con svuotamento orbitario
- resezione del mascellare superiore
- resezione della mandibola

Collo

- asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- gozzo retrosternale con mediastinotomia
- interventi per diverticolo dell'esofago
- interventi sulle paratiroidi
- linfectomia cervicale bilaterale
- resezione dell'esofago cervicale
- tiroidectomia allargata per neoplasia maligna
- tiroidectomia totale

Addome (parete addominale)

- laparotomia esplorativa se per occlusione con resezione e/o sutura viscerale

Peritoneo

- exeresi di tumori retroperitoneali

Esofago

- esofagoplastica
- interventi per patologie benigne e maligne dell'esofago toracico

Stomaco

- cardioplastica
- gastrectomia totale e allargata

- intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- intervento per megaesofago ed esofagite da reflusso
- resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- resezione gastrica
- sutura di perforazioni gastriche ed intestinali

Intestino

- colectomia parziale e totale
- enteroanastomosi
- resezione del tenue

Fegato e vie biliari

- derivazioni biodigestive
- drenaggio di ascesso epatico
- interventi chirurgici per ipertensione portale
- interventi per echinococchi
- interventi sulla papilla di Vater
- resezione epatica (emiepatectomia)

Retto-ano

- interventi per neoplasie a retto-ano anche per via addominoperineale
- megacolon
- proctocolectomia totale

Pancreas e milza

- interventi per cisti, pseudocisti, fistole pancreatiche
- interventi per neoplasie pancreatiche
- interventi per pancreatite acuta e cronica
- splenectomia

Parete toracica

- interventi per tumori maligni della mammella
- trattamento di traumi parietali

Mediastino

- interventi per ascessi
- interventi per tumori

Polmone

- interventi per echinococchi

- interventi per ferite, ascessi, fistole
- interventi per tumori della trachea
- pneumectomia
- resezioni segmentarie e lobectomia
- trapianto di polmone

Cardiochirurgia

- a) interventi a cuore chiuso
 - applicazione di pace-maker
 - atriosettostomia per trasposizione dei grandi vasi
 - commissuratomia per stenosi mitralica
 - correzione di coartazione aortica: resezione aorto-plastica, protesi dracon, patch dracon, bay-pass dracon
 - derivazioni aorto-polmonari tipo Blalcek - Waterstone - Potts
 - fistole artero - venose del polmone
 - pericardiectomia per pericarditi costrittive
 - valvulotomia della polmonare secondo Brook
- b) interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati
 - anuloplastica valvola singola
 - by-pass aorto coronarico singolo
 - correzione di difetto del setto interventricolare
 - correzione del difetto interatriale
 - correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma
 - embolectomia della polmonare
 - sostituzione di valvola singola: aortica, mitralica, tricuspide
- c) interventi a cuore aperto per difetti complessi e complicati
 - aneurismi aorta addominale con obbligo di bay-pass circolatorio
 - aneurismi aorta toracica
 - asportazione di tumori intracardiaci
 - by-pass aorto-coronarici multipli
 - contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
 - correzione canale atrioventricolare completo
 - correzione impianto anomalo coronarie
 - correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
 - correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
 - correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
 - correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita

- truncus arteriosus
- coartazioni aortiche
- stenosi aortiche infundibolari e sopravalvolari
- trilogia di Fallot
- tetralogia di Fallot
- atresia della tricuspide
- pervietà interventricolare ipertesa, con "debanding", con insufficienza aortica
- finestra aorto-polmonare
- fistole arterovenose polmonari
- intervento in ipotermia per coartazione aortica
- interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio
- resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- sostituzioni valvolari multiple
- sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico

Chirurgia vascolare

- interventi per aneurismi delle arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico,
- iliache
- interventi per innesti di vasi
- interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- interventi per stenosi ed ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- operazioni sull'aorta toracica ed addominale

Chirurgia pediatrica

- atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare e abbassamento addomino perineale
- atresia dell'ano semplice con abbassamento addomino perineale
- atresia dell'esofago
- cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- cranio bifido con meningo encefalocele
- fistola dell'esofago
- fistola e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale idrocefalo ipersecretivo

- megauretere con resezione e sostituzione di ansa intestinale
- megacolon con operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- occlusione intestinale
- polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- teratoma sacrococcigeo
- torace ad imbuto e/o carenato
- trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

Ortopedia e traumatologia

- artrodesi per via anteriore e/o posteriore con o senza impianti
- artroprotesi di anca
- artroprotesi di ginocchio
- artroprotesi di gomito
- asportazione di tumori ossei
- corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- disarticolazione interscapolo-toracica
- discectomia per via anteriore per ernia cervicale
- discotomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- emiartroplastica
- emipelvectomia
- endoprotesi di Thompson
- interventi per costola cervicale
- laminectomia decompressiva per neoplasie
- osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- osteosintesi di omero
- osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- osteosintesi vertebrale
- protesi cefalica di spalla
- protesi di polso
- protesi totale di displasia d'anca
- protesi totale di spalla
- pulizia focolai osteici
- resezioni artrodiafisarie di ginocchio
- resezioni complete di spalla con salvataggio dell'arto

- resezioni del femore prossimale artrodiaphisaria e sostituzione con protesi speciale
- resezioni del radio distale con trapianto articolare perone proradio
- resezione del sacro
- resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- scapulopessi
- trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- uncoforaminotomia
- vertebrotomia

Tendini, muscoli, aponevrosi

- plastiche riparatrici ricostitutive degli arti per lesioni alle superfici flessorie ed estensorie
- pollicizzazione del 2° o altro dito
- ricostruzioni tendinee polso e mano
- sindesmotomia
- tenoraffie complesse

Rene

- nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- nefrotomia bivalve in ipotermia
- resezione renale con camplaggio vascolare
- surrenalectomia

Uretere

- ureteroileoanastomosi mono e bilaterale

Vescica

- cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- cistoprostatovescicolectomia con ureteroileou-retroanastomosi
- cistoprostatovescicolectomia con uretrosigmoidostomia
- emitrigonectomia
- plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

Apparato genitale maschile

- orchietomia allargata per tumore maligno (comprensivo di linfoadenectomia)

- retroperitoneale bilaterale)
- prostatectomia radicale

Apparato genitale femminile

- intervento radicale per carcinoma ovarico
- isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale o
- vaginale
- creazione operatoria di vagina artificiale
- vulvectomy allargata con linfadenectomia

Cornea

- cheratomileusi
- epikeratoplastica
- odontokeratoprotesi

Operazioni per glaucoma

- iridocicloretrazione
- trabulectomia

Retina

- resezione sclerale

Cristallino

- asportazione di cataratta ed introduzione di cristallino artificiale
- vitrectomia

Orecchio

- anastomosi e trapianti nervosi
- asportazione di tumori dell'orecchio medio
- asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- atresia auris congenita: ricostruzione
- chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- neurinoma dell'VIII paio
- ricostruzione della catena ossiculare
- sezione del nervo cocleare
- sezione del nervo vestibolare
- timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)

Naso e seni paranasali

- asportazione di tumori maligni del naso e dei seni

- intervento per fibroma duro rinofaringeo

Cavo orale e faringe

- asportazione di tumori maligni con svuotamento latero cervicale

Laringe

- interventi per la paralisi degli abduzioni
- laringectomia ricostruttiva
- laringectomia sopraglottica
- laringectomia totale
- laringofaringectomia

Trapianti di organi

- tutti i trapianti di organi (esclusi trapianti di cute aventi finalità estetica e i trapianti di capelli)

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

Si prega di barrare con una X gli elementi interessati

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

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

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

TABELLA 2 – Patologie del cavo orale

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

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

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

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

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

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

Note:

Firma dell'odontoiatra

Data
