



Nomenclatore delle prestazioni

Piano sanitario FASA
Familiari dei dipendenti

Edizione 2022

1. PRESTAZIONI

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute per:

- ricovero in istituto di cura;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica;
- trapianti;
- parto e aborto;
- anticipo dell'indennizzo;
- indennità giornaliera;
- diagnosi comparativa nel periodo di pre ricovero;
- ospedalizzazione domiciliare;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- servizi di consulenza e assistenza.

2. ISCRITTI

Il Piano sanitario è prestato a favore dei **coniugi o conviventi more uxorio e dei figli, questi ultimi solo se fiscalmente a carico, risultanti da stato di famiglia** di lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata predeterminata pari o superiore a 9 mesi nell'arco dell'anno solare per i quali si applica il C.C.N.L. dell'Industria Alimentare regolarmente iscritti al Fondo FASA. Possono altresì essere inclusi nella presente copertura:

- i figli del/della dipendente non presenti sul medesimo stato di famiglia purché fiscalmente a carico del/della dipendente stesso/a,
- il coniuge o convivente more uxorio non presente sul medesimo stato di famiglia del/della dipendente purché domiciliato con il/la dipendente stesso/a.

Ogni altro soggetto diverso da quelli sopra indicati (es. figli non fiscalmente a carico, genitori, fratelli, zii etc.), non può in ogni modo essere incluso nella presente copertura.

NB: Si precisa che qualora ci siano due coniugi o conviventi more uxorio entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, dovranno essere inseriti entrambi come titolari e non potranno essere in alcun modo inseriti come beneficiari. I figli fiscalmente a carico invece potranno risultare beneficiari di entrambe le coperture dei genitori.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 150 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, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. **Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**

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. La garanzia è prestata nel **limite di € 100,00 al giorno per ogni giorno di ricovero.**

f) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (**queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura**), **trattamenti fisioterapici o** rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), **effettuati nei 200 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero**; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. **Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.**

3.2 DAY-HOSPITAL

La garanzia è operante in caso di **day-hospital con intervento chirurgico**.

La garanzia è altresì operante per i **day-hospital medici eseguiti per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche**.

Sono esclusi invece dalla presente garanzia tutti i day-hospital medici diversi da quelli sopra indicati.

Nel caso di day-hospital come sopra definito, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura"** con i relativi limiti in esso indicati.

Per quanto concerne le cure oncologiche, la garanzia si intende altresì operante nel caso in cui le terapie siano state effettuate in regime ambulatoriale.

3.3 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE PER PRESTAZIONI DI DERMATOLOGIA E OCULISTICA

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale **per prestazioni di dermatologia e oculistica**, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" con i relativi limiti in essi indicati.**

NB:

- ➔ In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la garanzia opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei etc.)
- ➔ In caso di intervento per la correzione della miopia, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, la garanzia opererà soltanto in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchio dell'oculista riportante l'indicazione delle diottrie.

3.4 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo liquida le spese **previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso 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.

3.5 PARTO E ABORTO

3.5.1 PARTO CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto cesareo effettuato in struttura sanitaria privata, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero".**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per persona (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.11 "Massimale".**

3.5.2 PARTO NATURALE

In caso di parto naturale, effettuato in struttura sanitaria privata, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni di cui ai punti 3.1 "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 3.1 "Ricovero in istituto di cura", lettera f) "Post-ricovero".**

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per persona (da intendersi come sottolimito del massimale di cui al punto 3.11 "Massimale".**

3.5.3 RIMBORSO DI UNA VISITA ANESTESIOLOGICA PER PARTO E ABORTO

Per i casi previsti ai precedenti punti 3.5.1 "Parto cesareo, aborto spontaneo o terapeutico" e 3.5.2 "Parto naturale" è **previsto in copertura il rimborso di una visita anestesio logica preparatoria.** Il costo della prestazione è ricompreso all'interno dei massimali indicati.

3.6 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico in strutture sanitarie private, fermi restando i limiti previsti, è data facoltà all'Isritto di richiedere un **anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al 70% delle stesse**, previa contestuale presentazione di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa e della documentazione relativa al ricovero, si procederà al relativo conguaglio.

3.7 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie convenzionate, con l'applicazione di uno **scoperto del 25%**, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.10 "Ospedalizzazione domiciliare" che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

- **punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":**
 - **lett. a) "Pre ricovero"**

che viene rimborsato integralmente.

- **punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":**
 - **lett. e) "Post ricovero";**

che viene liquidato integralmente.

b) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con uno **scoperto del 35% ad eccezione dei seguenti:**

- **punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":**
 - **lett. e) "Accompagnatore";**

che viene rimborsata all'Isritto nel limite previsto al punto indicato;

- **punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":**
 - **lett. a) "Pre ricovero"**
 - **lett. e) "Post ricovero";**

che vengono rimborsati integralmente.

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 3.8 **"Indennità giornaliera"**. Tale garanzia sarà altresì attivata in caso di day-hospital con i relativi limiti in essa indicati.

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

Qualora il ricovero avvenga in **regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Isritto**, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. b) **Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.**

3.8 INDENNITÀ GIORNALIERA

L'Isritto, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per le prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di degenza di:

- a) **€ 50,00 per ogni giorno di degenza**
- **Per i ricoveri chirurgici**, è corrisposta con l'applicazione di due giorni di franchigia e per un **periodo non superiore a 90 giorni per evento**.
 - **Per i ricoveri medici**: con l'applicazione di due giorni di franchigia per un **periodo non superiore a 90 giorni per evento**.
 - **Per i day-hospital chirurgici e per i day-hospital medici per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche**: corrisposta a partire dal primo giorno **per un massimo di 50 giorni per evento** (sono esclusi tutti i day-hospital medici diversi da quelli per dialisi e per cure e terapie di patologie oncologiche). **Per i day hospital effettuati per dialisi, l'indennità viene erogata indipendentemente dal fatto che il day hospital sia avvenuto presso una struttura pubblica o privata. L'Isritto potrà fruire dell'indennizzo descritto solo in alternativa a quanto previsto al punto 4 "Alta Specializzazione"**.
- b) **L'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) si intende equiparata a tutti gli effetti al Ricovero e viene pertanto indennizzata ai sensi di quanto previsto dal precedente punto a).**
- c) **€ 70,00 per ogni giorno di degenza**
- **Per i ricoveri per parto naturale, cesareo, aborto spontaneo o terapeutico**, con l'applicazione di un giorno di franchigia per un **periodo non superiore a 90 giorni per evento**.

3.9 DIAGNOSI COMPARATIVA NEL PERIODO DI PRE-RICOVERO

UniSalute consente la possibilità all'Isritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-009619** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, l'Isritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

UniSalute mette a disposizione dell'Isritto i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Isritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors[®] e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors[®], metterà in contatto l'Isritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors[®] ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Isritto.
3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Isritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors[®], provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Isritto laddove necessario. Best Doctors[®] supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors[®] consentirà all'Isritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer

- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Isritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare a UniSalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

3.10 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

UniSalute, 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. UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Isritto 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 corrisponde a € 10.000,00 per persona.

3.11 MASSIMALE

Il massimale annuo previsto per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 300.000,00 per persona.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici "anche in digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia

- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia/Radioterapia
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi
- Elettroencefalografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- TAC
- Wirsungrafia

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 UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di una **franchigia di € 50,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute **NON** vengono rimborsate.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i tickets sanitari a carico dell'Isritto con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 25.000,00 per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE PER FIGLI IN CASO DI DISAGIO IN ETÀ SCOLARE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni di cui ai punti 5.1 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" e 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare", corrisponde a € 7.000,00 per persona.

5.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Fondo 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, fatta eccezione per quanto specificamente previsto dal successivo punto 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare".

Rientrano inoltre in garanzia gli **accertamenti ecografici alle anche** per il bambino nel primo anno di vita.

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 UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di una **franchigia di € 50,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

- **Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie private convenzionate con UniSalute:**
- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga effettuato contestualmente anche un accertamento diagnostico correlato;
oppure
 - Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento diagnostico invasivo;
verrà applicata un'unica franchigia pari a € 50,00 sulle due prestazioni, purché le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste alla centrale operativa.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute **NON** vengono rimborsate.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i tickets sanitari a carico dell'Isritto con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

- **Condizioni per l'applicazione di un'unica franchigia per prestazioni effettuate esclusivamente presso il Servizio Sanitario Nazionale:**
- Nel caso in cui durante lo svolgimento di una visita specialistica venga **effettuato contestualmente** anche un **accertamento diagnostico correlato**;
oppure
 - Qualora si renda necessario effettuare una visita specialistica propedeutica ad un accertamento invasivo; verrà applicata **un'unica franchigia pari a € 25,00** sui ticket emessi a fronte delle **due** prestazioni, **purché il rimborso delle 2 prestazioni sia richiesto dall'Isritto con un solo invio e che le 2 prestazioni sanitarie siano state contestualmente richieste** dal medico curante.

5.2 PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE PER FIGLI IN CASO DI DISAGIO IN ETÀ SCOLARE (DAI 6 ANNI COMPIUTI FINO AI 16 ANNI)

UniSalute provvede al pagamento delle **prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche dei figli in caso di disagio in età scolare**, ossia di età dai 6 anni compiuti fino a 16 anni, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da medico specialista e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta o da psicologo iscritto all'albo.

La presente copertura viene attivata esclusivamente nel caso in cui l'Isritto si rivolga a **strutture sanitarie private convenzionate con UniSalute**; le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza alcun importo a carico dello stesso.

Il sottomassimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sopra indicate, corrisponde a € 500,00 per persona.

6. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (garanzia operante per il coniuge/convivente more uxorio e per i figli di età uguale o superiore ai 6 anni)

UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno e con l'applicazione di uno scoperto del 30% presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- **Visita specialistica odontoiatrica;**
- **Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.**

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Isritto, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

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

7. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (garanzia operante per i figli di età inferiore ai 6 anni)

UniSalute provvede al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l’anno e con l’applicazione di uno scoperto del 30% presso strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Le prestazioni devono essere effettuate in un’unica soluzione.

- **Visita specialistica odontoiatrica;**
- **Fluorazione.**

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

8. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di **consulenza** vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero **verde nazionale 800-009619 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.**

Dall’estero occorre comporre il **seguito numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguito numero a pagamento: 0039514185619.**

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

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

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

Dall’estero occorre comporre il **seguito numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguito numero a pagamento: 0039514185619.**

ASSISTENZA ALLA PERSONA

a) Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Isritto necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Compagnia provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Isritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

b) Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche: La Compagnia provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

c) Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica: la Compagnia provvederà, nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, per un massimo di 2 settimane.

d) Invio di medicinali a domicilio

L'assistenza sarà prestata qualora l'Isritto necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui.

La Compagnia provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Isritto, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare Isritto. A carico dell'Isritto resta solo il costo dei medicinali.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto necessiti di trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300km e con il massimo di euro 300 per sinistro e per persona.

f) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'Isritto, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico di UniSalute sino ad un massimo di 300km complessivi a\.

La garanzia non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi

risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

g) Spesa a domicilio

Nei casi di:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- Fratture del bacino

che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, UniSalute provvederà, nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Isritto di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L'Isritto sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

h) Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assistito, a seguito di ricovero ospedaliero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendosene i relativi costi entro un massimo di € 300,00 per evento e per anno assicurativo.

i) Rientro anticipato dell'Assistito a causa di gravi motivi familiari

Quando l'Assistito si trovi all'estero e a seguito di gravi motivi familiari sia richiesta la Sua presenza in Italia la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro dell'Assistito col mezzo di trasporto più idoneo tenendo a proprio carico le spese di viaggio fino ad un massimo di € 200,00.

ASSISTENZA ALL'ESTERO

UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero **al seguente numero verde 00800-39009619, in caso di mancato funzionamento del numero verde internazionale occorre comporre il seguente numero a pagamento: 0039514185619.**

a) Rimpatrio sanitario

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

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

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

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

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

b) Rimpatrio della salma dall'estero all'Italia

In caso di decesso all'estero, UniSalute rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

A. DURATA

Il Piano Sanitario ha durata ANNUALE e scade alle ore 00 del 01/01/2023.

B. ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano Sanitario vale in tutto il mondo.

C. ESCLUSIONI

Sono in ogni caso escluse dal Piano Sanitario le spese per:

- a) L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del piano;
- b) Qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione, salvo quanto previsto al punto 6 "Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per il coniuge/convivente more uxorio e per i figli di età uguale o superiore ai 6 anni)" e 7 "Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per i figli di età inferiore ai 6 anni)";
- c) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici salvo quanto previsto all' art. 5.2 "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche per i figli in caso di disagio in età scolare";
- d) La semplice correzione di difetti visivi con trattamento laser eccetto quelli finalizzati alla correzione della miopia come previsto al punto 3.3 "Intervento chirurgico ambulatoriale per prestazioni di dermatologia e oculistica";
- e) L'intervento per deviazione del setto nasale, se non a seguito di evento traumatico, anche se associato ad ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- f) Cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 200 giorni successivi allo stesso;
- g) Tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
- h) Infortuni derivanti da atti dolosi dell'Iscritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- i) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- j) gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- k) Aborto volontario non terapeutico;
- l) 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);
- m) Le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici);
- n) Trattamenti sclerosanti;
- o) I trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini (salvo quanto previsto al punto g) "Post ricovero" di cui all'art. 3. "Ricovero");

- p) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopiradio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- q) Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- r) Prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- s) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- t) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto al al punto 6 “Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per il coniuge/convivente more uxorio e per i figli di età uguale o superiore ai 6 anni)” e 7 “Prestazioni odontoiatriche particolari (garanzia operante per i figli di età inferiore ai 6 anni)”;
- u) le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

D. LIMITI DI ETÀ

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza.