

UNISALUTE



Piano sanitario Base ENPAV



GUIDA AL PIANO
SANITARIO

Servizio di consulenza ai clienti

**Numero Verde
800- 822455**

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:
8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero
è OPPORTUNO contattare
preventivamente il numero sopra
indicato.

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

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- **Reclami** Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

**Unisalute S.p.A. - Funzione Reclami Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna fax
051- 6386125 e-mail reclami@unisalute.it.**

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

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

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

Guida al Piano sanitario Base ENPAV

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la polizza di assicurazione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

La polizza resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

2.	BENVENUTO TRA GLI ASSICURATI UNISALUTE.....	7
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	7
3.1.	Per prima cosa contatta UniSalute	7
3.2.	Se scegli una struttura convenzionata con Unisalute	8
3.3.	Se scegli una struttura non convenzionata con Unisalute	9
3.4.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	11
3.5.	Professione intramuraria	11
4.	SERVIZI ON LINE RISERVATI AI CLIENTI.....	12
4.1	Come faccio a registrarli al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi ?	12
4.2	Come faccio a prenotare on-line presso le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.3	Come faccio ad aggiornare on-line i miei dati?	13
4.4	Come faccio a chiedere on-line il rimborso di un sinistro?	13
4.5	Come faccio a consultare l'estratto conto on-line lo stato dei miei sinistri?	14
4.6	Come faccio a consultare il mio Piano sanitario e le strutture sanitarie?	14
4.7	Come posso ottenere pareri medici on-line?	15
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	15
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	15
6.1	Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio	16
6.2	Indennità per ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico diverso da grande intervento a seguito di malattia e infortunio	20
6.3	Ricovero in istituto di cura per gravi eventi mormosi	20
6.4	Ricovero per grave malattia od infortunio/ Grave malattia od infortunio che provochi all'Isritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno quattro mesi (garanzie operanti esclusivamente per gli Iscritti all'Ente professionalmente attivi)	23
6.5	Malattie oncologiche	25
6.6	Prestazioni di alta specializzazione	26
6.7	Granzia odontoiatrica	27
6.8	Garanzia in caso di diagnosi per Brucellosi (garanzia operante per il solo Isritto all'Ente professionalmente attivo, sino al compimento del 65° anno di età)	29
6.9	Invalità permanente conseguente a malattie contratte a causa dell'esercizio della professione (garanzia operante per il solo Isritto all'Ente professionalmente attivo)	30
6.10	Diagnosi comparativa	32
6.11	Garanzia per il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per l'assicurato che si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente - garanzia LTC operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo rientrante in una fasce di età tra i 18 e 65 anni compiuti	34
6.12	Servizi di consulenza	40
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO.....	40
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	42
8.1	Modalità operative del Piano sanitario relativamente alle situazioni patologiche e agli infortuni preesistenti	42
8.2	Inclusioni/esclusioni	42
8.3	Estensione territoriale	44
8.4	Limiti di età	44
8.5	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	44

UNISALUTE

8.6	Informative sui rapporti con l'Assicurato	45
9.	PREMI.....	45
	ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	46
	ALLEGATO B - ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI	57
	MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY AL CENTRO GUIDA	

2. Benvenuto tra gli assicurati Unisalute

Con la “Guida al Piano sanitario” intendiamo offrirti un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirti un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della tua collaborazione.

All’interno della guida troverai quindi l’indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano.

Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

www.unisalute.it: i nuovi servizi on line

Da oggi essere Cliente di UniSalute ti permette di accedere a tanti comodi servizi on line, creati apposta per te, per semplificare e velocizzare al massimo tutte le tue operazioni: dalle tue richieste di rimborso alla prenotazione delle prestazioni sanitarie, dall’aggiornamento dei tuoi dati alla visualizzazione delle prestazioni del tuo piano. E tanto altro ancora. Per saperne di più consulta il capitolo 4 della presente guida.

3. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

3.1. Per prima cosa contatta UniSalute

In caso di **ricovero** occorre contattare il più presto possibile la Centrale Operativa di UniSalute al **numero verde gratuito indicato a inizio guida**. Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono sempre a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano sanitario.

Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nella garanzia assicurativa i medici sono a disposizione per aiutare il Cliente a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).

E’ bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

In caso di **visita o esame** in una struttura sanitaria convenzionata con Unisalute ti consigliamo di effettuare la **prenotazione on line sul sito www.unisalute.it** come indicato nel capitolo 4 della presente

guida. E' molto più semplice e ti permette di risparmiare tempo.

Se non hai modo di collegarti a internet puoi comunque telefonare al numero verde della Centrale Operativa indicato nel retro della copertina.

3.2. Se scegli una struttura convenzionata con Unisalute

UniSalute ha predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private.

L'elenco, sempre aggiornato, è disponibile su www.unisalute.it nell'area riservata ai clienti o telefonando alla Centrale Operativa.

Tutti i centri garantiscono un'ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L'Assicurato utilizzando le strutture convenzionate gode di vantaggi rilevanti:

- non deve sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal tuo piano) poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario, la Centrale di Assistenza Clienti UniSalute contattabile mediante il numero verde gratuito indicato nel retro della copertina;
- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari che garantiscono alti livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- In caso di **ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso** dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).

All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà UniSalute ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come

UNISALUTE

telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dal Cliente).

UniSalute provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie **autorizzate** con i limiti sopra enunciati.

- **In caso di prestazione extraricovero**, l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Assicurato dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con UniSalute.

E' sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

3.3. Se scegli una struttura non convenzionata con Unisalute

Per garantire al Cliente la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano sanitario prevede anche la facoltà dell'Assicurato di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute.

Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole garanzie del Piano sanitario.

All'atto delle dimissioni l'Assicurato dovrà saldare le fatture e le note spese. **Per richiederne il rimborso**, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede di **UniSalute (Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna)** la documentazione necessaria:

- il modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente guida oppure sul sito www.unisalute.it al termine della procedura di Denuncia del sinistro on line (vedi capitolo 4);
- in caso di **ricovero per grande intervento chirurgico** o per **grave evento morboso**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale. Tutta la documentazione medica relativa alle

UNISALUTE

prestazioni precedenti e successive al ricovero ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- In caso di **indennità per ricovero con intervento chirurgico diverso da grande intervento**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.
- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- In caso di **garanzia per stati di non autosufficienza** (garanzia valida per il solo titolare), valgono le norme esposte al successivo punto 6.13;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in COPIA in cui risulti il quietanziamento. **Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da Unisalute.**

→ Per quanto riguarda le garanzie **“Ricovero per grave malattia od infortunio”** e **“Grave malattia od infortunio che provochi all’Iscritto l’impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno quattro mesi”**, valgono le norme esposte al successivo punto 6.4 **“Ricovero per grave malattia od infortunio/Grave malattia od infortunio che provochi all’Iscritto l’impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno quattro mesi”**.

→ Per quanto riguarda la **“Garanzia in caso di diagnosi per Brucellosi”** valgono le norme esposte al successivo punto 6.8.

→ Per quanto riguarda la garanzia **“Invalidità permanente conseguente a malattie contratte a causa dell’esercizio della professione”** valgono le norme esposte al successivo punto 6.9.

→ Per quanto riguarda la garanzia **“Garanzia per il rimborso delle spese sanitarie o l’erogazione di servizi di assistenza per l’assicurato che si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente”** valgono le norme esposte al successivo punto 6.11.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Unisalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra.

E' bene sapere che l'Assicurato dovrà consentire controlli medici eventualmente disposti da Unisalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione che serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

UniSalute provvederà a rimborsare il Cliente direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

3.4. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato. Ma non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini anche ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato;
- Corresponsione in alternativa di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso, le cui modalità descriveremo più avanti rispettivamente ai punti 6.1.6 e 6.3.5.
- Corresponsione di un'indennità per ricovero con intervento chirurgico diverso da grande intervento, le cui modalità descriveremo più avanti al punto 6.2.

3.5. Professione intramuraria

Se il ricovero avviene in un reparto a pagamento all'interno di un ospedale pubblico si parla di professione intramuraria e il costo

rimane a carico del paziente. UniSalute, però, liquiderà i sinistri con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con UniSalute. Nei due casi valgono le norme appena esposte (3.2 e 3.3).

4. Servizi on line riservati ai clienti

L'utilizzo di internet ti permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le tue operazioni di rimborso e di aggiornamento dei tuoi dati. In questa sezione ti presentiamo i servizi on-line a tua disposizione sul sito.

Tutte le informazioni che riguardano il rapporto assicurativo con UniSalute sono disponibili *on-line* sul sito www.unisalute.it, dove è possibile accedere ad una **serie di funzionalità riservate agli assicurati UniSalute**, pensate appositamente per agevolarli nell'utilizzo del Piano sanitario.

- Prenotare direttamente on line presso le strutture convenzionate le visite o gli esami non connessi ad un ricovero
- verificare e aggiornare i propri dati e le proprie coordinate bancarie
- denunciare i sinistri e stampare il modulo di richiesta rimborso
- verificare lo stato di lavorazione dei sinistri inviatici
- consultare l'estratto conto on line
- consultare le prestazioni del proprio Piano sanitario
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate
- ottenere pareri medici on line

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

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti che trovi sul sito www.unisalute.it.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia Username e Password?

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

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e

inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.2 Come faccio a prenotare on-line le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami. In caso di ricovero è sempre necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al numero verde indicato a inizio guida.

Una volta effettuato il log-in al sito, basta cliccare sul Pulsante Blu **“Prenotazione visite/esami”**. In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- richiedere a UniSalute l'autorizzazione ad eseguire la prestazione dopo che l'hai prenotata autonomamente;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione;

4.3 Come faccio ad aggiornare on-line i miei dati?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante VERDE **“aggiorna i tuoi dati”**.

In base alle tue esigenze puoi:

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

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Potrai infatti ricevere **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** che ci ha inviato per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; **conferma dell'avvenuto pagamento del sinistro**.

4.4 Come faccio a chiedere on-line il rimborso di un sinistro?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante ROSSO **“sinistri/rimborsi”**.

La procedura è semplice e ti consente di **velocizzare i tempi di elaborazione dei documenti e quindi di rimborso**. Per permetterti un rapido e corretto caricamento dei documenti relativi ai sinistri puoi consultare la guida on-line **“come caricare i documenti”** ed utilizzare le note posizionandoti con il puntatore del mouse sopra il

simbolo 

Alla fine la procedura propone di stampare il Modulo di richiesta rimborso/denuncia del sinistro.

Per ottenere il rimborso ricordati di stamparlo e di inviarlo a UNISALUTE S.p.A - Via del Gomito, 1 40127 Bologna, unitamente a copia di tutta la documentazione relativa al sinistro.

4.5 Come faccio a consultare l'estratto conto on-line e quindi lo stato dei miei sinistri?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **ROSSO "sinistri/rimborsi"**.

L'estratto conto on-line è stato realizzato per fornirti 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 tuo sinistro, visualizzare per quali sinistri devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Puoi visualizzare tutte le informazioni di tuo interesse:

- quelle personali;
- quelle di tutta la famiglia;
- quelle dell'anno passato per necessità fiscali;
- quelle in corso;

E' inoltre possibile visualizzare lo stato dei sinistri:

- pagati;
- non rimborsabili;
- in fase di lavorazione;

Inoltre per ogni documento tuo e dei tuoi familiari vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico.

La quota che non ti viene rimborsata, rappresenta il valore che puoi detrarre dalla dichiarazione dei redditi tra le spese mediche. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili. In questo modo non devi aspettare che ti venga recapitato per posta l'estratto conto, e puoi evitare così possibili inconvenienti legati ai disguidi postali.

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

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **ARANCIO "le prestazioni del tuo piano e le strutture sanitarie convenzionate"**. Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare

le prestazioni del tuo Piano sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.7 Come posso ottenere pareri medici on-line?

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

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

5. Le persone per cui è operante la copertura

L'assicurazione è operante per gli iscritti all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Veterinari.

E' data facoltà all'Isritto di estendere la copertura sanitaria con costo a proprio carico al proprio nucleo familiare, inteso come coniuge o convivente "more uxorio" e figli conviventi o non conviventi purché fiscalmente a carico, o se vi è rispetto a loro l'obbligo del mantenimento.

E' altresì data facoltà al pensionato, al titolare di pensione indiretta o di reversibilità ed al cancellato, unitamente al relativo nucleo familiare, di aderire al Piano Sanitario Base con costo a proprio carico.

Gli iscritti che passino in quiescenza o che si cancellino dall'Ente nel corso della vigenza contrattuale verranno mantenuti in copertura sino alla scadenza.

Potranno successivamente confermare la garanzia assicurativa con premio a proprio carico a condizione che ciò avvenga senza soluzione di continuità rispetto alla cessazione per quiescenza o alla cancellazione dall'Ente.

In caso di decesso dell'Isritto, del pensionato o del cancellato gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza della polizza.

6. Le prestazioni del Piano sanitario

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, fermo restando quanto specificato al successivo punto 8.1, per le seguenti garanzie:

- Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato A;
- Indennità per ricovero con intervento chirurgico diverso da grande intervento a seguito di malattia e infortunio;
- Ricovero in Istituto di cura per gravi eventi morbosi, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato B;
- Ricovero per grave malattia od infortunio (operante per il solo Iscritto all'Ente professionalmente attivo);
- Spese per rimpatrio salma;
- Grave malattia od infortunio che provochi all'Isritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno quattro mesi (operante per il solo Iscritto all'Ente professionalmente attivo);
- Malattie oncologiche;
- Prestazioni di alta specializzazione;
- Garanzia odontoiatrica;
- Garanzia in caso di diagnosi per Brucellosi (operante per il solo Iscritto all'Ente professionalmente attivo);
- Garanzia per il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per l'assicurato che si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente. "LTC" (operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo rientrante in una fascia di età tra i 18 e 65 anni);
- Invalidità permanente conseguente a malattie contratte a causa dell'esercizio della professione (operante per il solo Iscritto all'Ente professionalmente attivo);
- Diagnosi comparativa;
- Servizi di consulenza

6.1 Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio

6.1.1 Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio

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

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il

UNISALUTE

pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora il Cliente Assicurato venga ricoverato per effettuare un grande intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

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

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione della garanzia "Assistenza infermieristica privata individuale", che prevede specifici limiti.

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

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **10%** a carico dell'Assicurato con un minimo non indennizzabile di **€ 250,00** ed un massimo non indennizzabile di **€ 2.500,00**, ad eccezione delle garanzie "Retta di degenza", "Accompagnatore", "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con l'applicazione dello scoperto o del minimo/massimo non indennizzabile previsti per il ricovero in strutture non convenzionate.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Unisalute rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.1.6).

6.1.2 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.500,00 per ricovero.

6.1.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 6.1.1 "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio" e 6.1.2 "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.

6.1.4 Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

6.1.5 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di grande intervento chirurgico

Il Piano sanitario, per un periodo di 140 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, 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.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per nucleo familiare.

6.1.6 Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per persona e anno assicurativo. Per

ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere € **80,00** per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.1.7 Il massimale dell'area ricovero per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio

In termini assicurativi con *massimale* si intende una cifra oltre la quale il prodotto assicurativo o una sua parte non possono rimborsare.

Il Piano sanitario prevede quindi un massimale che ammonta a € **400.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di premio, per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

6.2 Indennità per ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico diverso da grande intervento a seguito di malattia e infortunio

In caso di ricovero per intervento chirurgico diverso da grande intervento di cui all'allegato A, la Società corrisponde un'indennità di € **50,00** per ogni giorno di ricovero per un massimo di **90** giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità, si provvede a corrispondere € **50,00** per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.3 Ricovero in istituto di cura per gravi eventi morbosi

6.3.1 Ricovero in istituto di cura per gravi eventi morbosi

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

La garanzia è operante in assenza di intervento chirurgico.

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dal grave evento morboso che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
---------------------	---

UNISALUTE

<p>Assistenza medica, medicinali, cure</p>	<p>Prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.</p>
<p>Rette di degenza</p>	<p>Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero a seguito di malattia e infortunio in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 210,00 al giorno.</p>
<p>Accompagnatore</p>	<p>Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a seguito di malattia e infortunio in istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno.</p>
<p>Assistenza infermieristica privata individuale</p>	<p>Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 45 giorni per ricovero.</p>
<p>Post-ricovero</p>	<p>Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dal grave evento morboso che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.</p>

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione della garanzia

UNISALUTE

“Assistenza infermieristica privata individuale”, “che prevede specifici limiti.

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

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **10%** a carico dell'Assicurato, ad eccezione delle garanzie “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Assistenza infermieristica privata individuale”, che prevedono specifici limiti.

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

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con l'applicazione dello scoperto previsto per il ricovero in strutture non convenzionate.

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

UniSalute rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.3.5).

6.3.2 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 2.500,00** per ricovero.

6.3.3 Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

6.3.4 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di grave evento morboso

Il Piano sanitario, per un periodo di **140** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, 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.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per nucleo familiare.

6.3.5 Indennità sostitutiva per grave evento morboso

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per persona e anno assicurativo. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere € 80,00 per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.3.6 Il massimale dell'area ricovero per gravi eventi morbosi

In termini assicurativi con *massimale* si intende una cifra oltre la quale il prodotto assicurativo o una sua parte non possono rimborsare.

Il Piano sanitario prevede quindi un massimale che ammonta a € 400.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di premio, per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

**6.4 Ricovero per grave malattia od infortunio/
Grave malattia od infortunio che provochi all'Iscritto
l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per
almeno quattro mesi
(garanzie operanti esclusivamente per gli Iscritti all'Ente
professionalmente attivi)**

6.4.1 Parametri economici per la valutazione del disagio economico subito dall'Iscritto

Il parametro economico sulla base del quale valutare l'operatività delle garanzie sopraindicate corrisponde ai seguenti importi:

→ L'Iscritto deve presentare nell'anno in cui si è verificato l'evento un reddito lordo annuo non superiore a € 20.000,00 aumentato di € 3.000,00 per ogni familiare totalmente a carico.

Qualora il carico fiscale attribuito corrisponda al 50%, il conteggio verrà effettuato sulla base dell'effettivo carico fiscale dichiarato e attribuito all'assicurato; pertanto, l'importo verrà aumentato di € 1.500,00 per ogni familiare a carico al 50%.

6.4.2 Massimali assicurati

I massimali annui assicurati per ogni Iscritto corrispondono ai seguenti importi:

- Per la garanzia “Ricovero per grave malattia od infortunio” corrisponde a € 20.000,00;
- Per la garanzia “Grave malattia od infortunio che provochi all’Iscritto l’impossibilità di esercitare proficuamente la professione, per almeno quattro mesi” corrisponde a € 10.000,00.

6.4.3 Modalità di erogazione delle prestazioni

L’erogazione delle prestazioni di cui al presente punto viene prevista con le modalità di seguito indicate.

- Per entrambe le garanzie, l’evento che ha determinato il disagio economico deve essersi verificato in un momento successivo all’ingresso dell’assistito nella copertura.
- Ai fini dell’attivazione della garanzia “**Ricovero per grave malattia o infortunio**” è necessario produrre la documentazione attestante la gravità delle condizioni di particolare disagio economico nonché la richiesta di rimborso in relazione alle spese sostenute e documentate consistente in:
 - modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all’originale;
 - copie delle notule di spesa per il ricovero;
 - dichiarazione dei redditi dell’anno in cui si è verificato l’evento in copertura per la valutazione dell’effettivo disagio economico.

Al fine dell’operatività della garanzia il reddito dell’Iscritto dovrà risultare non superiore a quanto indicato al punto 6.4.1 “Parametri economici per la valutazione del disagio economico subito dall’Iscritto”.

- Per quanto attiene la garanzia “**Grave malattia od infortunio che provochi all’Iscritto l’impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno quattro mesi**”, può essere richiesto il rimborso di giustificativi medici; quanto disciplinato precedentemente potrà essere erogato esclusivamente dietro presentazione alla Società della seguente documentazione:
 - modulo di denuncia del sinistro;
 - certificato che attesti l’impossibilità di esercitare la professione per almeno quattro mesi;
 - dichiarazione dei redditi dell’anno precedente al verificarsi

UNISALUTE

dell'evento nonché quella dell'anno di accadimento dell'evento che dovranno comprovare la diminuzione di reddito nell'anno di accadimento dell'evento medesimo nonché la conformità del reddito agli importi indicati al punto 6.4.1 "Parametri economici per la valutazione del disagio economico subito dall'Iscritto".

Nel caso in cui la malattia o l'infortunio abbiano comportato l'attivazione della garanzia di cui al precedente punto 6.1 "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio" o di cui al precedente punto 6.3 "Ricovero in istituto di cura per gravi eventi morbosi", si procederà alla sola liquidazione delle spese relative alle garanzie sopraindicate.

6.4.4 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni previste possono essere erogate a condizione che:

- nei confronti dell'Iscritto non sia stato assunto il provvedimento di sospensione dall'esercizio dell'attività professionale;
- l'Iscritto sia in regola col versamento dei contributi dovuti per la gestione invalidità vecchiaia e superstiti dell'Ente;
- in caso di decesso dell'Iscritto, alla data della morte, sussistano tutti i requisiti suddetti.

L'onere della prova che esistano i requisiti richiesti è a carico dell'Iscritto che inoltra domanda di prestazioni.

6.4.5 Termini di decadenza

La richiesta di rimborso deve essere spedita a Unisalute entro **180** giorni, salvo comprovati impedimenti, dalla data dell'evento che ha determinato la condizione di particolare bisogno, e deve contenere una descrizione particolareggiata delle circostanze o delle situazioni di notevole gravità; ad essa dovranno essere allegate prove circostanziate relative allo stato di particolare bisogno.

La Società contatterà quindi l'Ente con cui verificherà l'esistenza delle condizioni per l'erogazione delle prestazioni.

6.5 Malattie oncologiche

Nel caso di malattie oncologiche, il Piano sanitario rimborsa le spese ospedaliere ed extraospedaliere sostenute per chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e laser.

Sono inoltre comprese, nella garanzia le visite mediche e gli accertamenti diagnostici conseguenti a malattia oncologica.

UNISALUTE

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da unisalute alle strutture medesime.

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Unisalute e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 10.000,00 per nucleo familiare.

6.6 Prestazioni di alta specializzazione

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”) <ul style="list-style-type: none">• Angiografia• Artrografia• Broncografia• Cisternografia• Cistografia• Cistouretrografia• Clisma opaco• Colangiografia intravenosa• Colangiografia percutanea (PTC)• Colangiografia trans Kehr• Colecistografia• Dacriocistografia• Defecografia• Fistelografia• Flebografia• Fluorangiografia• Galattografia• Isterosalpingografia• Linfografia• Mielografia• Retinografia• Rx esofago con mezzo di contrasto• Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto• Rx tenue e colon con mezzo di contrasto	<ul style="list-style-type: none">• Scialografia• Splenoportografia• Urografia• Vescicolodeferentografia• Videoangiografia• Wirsunggrafia Accertamenti <ul style="list-style-type: none">• Amniocentesi• Densitometria ossea computerizzata (MOC)• Ecocardiografia• Elettroencefalogramma• Elettromiografia• Mammografia o Mammografia Digitale• PET• Prelievo dei villi coriali• Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)• Scintigrafia• Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) Terapie <ul style="list-style-type: none">• Chemioterapia• Cobaltoterapia• Dialisi• Laserterapia a scopo fisioterapico• Radioterapia
---	--

UNISALUTE

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di € 30,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Tale franchigia dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. Il cliente dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con il minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di Unisalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte di Unisalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 7.500,00 per nucleo familiare.

6.7 Garanzia odontoiatrica

6.7.1 Prevenzione odontoiatrica

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 “Casi di non operatività del piano” al punto 3, la Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno, in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono la prevenzione, devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

- Visita specialistica odontoiatrica.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

6.7.2 Interventi chirurgici odontoiatrici

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

- osteiti mascellari
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

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

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

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da unisalute alle strutture medesime.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Unisalute e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 7.500,00 per nucleo familiare.

6.7.3 Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 “Casi di non operatività del piano” al punto 3, la Società liquida all’Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, con le modalità sottoindicate.

Ai fini dell’attivazione della garanzia è necessaria la presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

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

Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato vengono liquidate direttamente da unisalute alle strutture medesime.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Unisalute e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

6.8 Garanzia in caso di diagnosi per Brucellosi (garanzia operante per il solo Iscritto all’Ente professionalmente attivo, sino al compimento del 65° anno di età)

La Società riconosce un indennizzo di € 1.500,00 qualora venga diagnosticata al veterinario iscritto la brucellosi in un momento successivo alla data di effetto di tale garanzia.

Verrà riconosciuto un ulteriore indennizzo di € 1.500,00 per ogni mese di inattività professionale derivante dalla malattia, fino a un massimo di 9 mesi.

L’indennità mensile matura il 16° giorno di inattività continuativa.

La brucellosi viene riconosciuta dall’INAIL quale malattia professionale del veterinario; pertanto la Società garantisce la corresponsione di tale indennità solamente al veterinario che contragga tale patologia durante l’esercizio della professione e sino al compimento del 65° anno di età.

Per dare avvio alla procedura di denuncia del sinistro, sarà necessario presentare alla Società il certificato medico attestante la diagnosi di brucellosi e la relativa insorgenza, corredato dalla copia della documentazione medica richiesta, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Ai fini della liquidazione dell'indennizzo, l'assicurato dovrà necessariamente fornire alla Società il certificato attestante la durata di inattività professionale.

L'iscritto o i suoi aventi causa devono presentare denuncia alla Società entro **60** giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della malattia, l'iscritto o i suoi aventi causa, sotto pena di decadenza della relativa prestazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti della patologia indennizzabili.

La Società, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi della patologia con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico della Società medesima.

6.9 Invalidità permanente conseguente a malattie contratte a causa dell'esercizio della professione (garanzia operante per il solo Iscritto all'Ente professionalmente attivo)

6.9.1 Definizione della garanzia

Il Piano sanitario garantisce il caso in cui una delle seguenti patologie, contratta successivamente alla decorrenza della polizza e manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione del contratto, produca come conseguenza un'invalidità permanente:

- Carbonchio
- Dermatofitosi
- Echinococcosi
- Leptosirosi
- Listeriosi
- Psittacosi
- Rickettsiosi
- Toxoplasmosi
- Tularemia

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette

UNISALUTE

cagionate dalla patologia denunciata, indipendentemente, quindi, dal maggior pregiudizio arrecato da condizioni patologiche preesistenti alla patologia denunciata e/o da stati morbosi non dipendenti direttamente da essa.

Inoltre, qualora la malattia determini un aggravamento di una condizione già patologica, la valutazione dell'eventuale invalidità indennizzabile verrà effettuata in modo autonomo, senza considerare il maggiore pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione patologica.

Il capitale assicurato per questa garanzia corrisponde a € **40.000,00**.

Per dare avvio alla procedura di denuncia del sinistro, è necessario presentare alla Società specifica documentazione medica come successivamente indicato.

Nel caso di malattia che abbia comportato o sembri comportare un'invalidità permanente indennizzabile ai sensi delle condizioni previste dalla garanzia deve essere presentata denuncia scritta, indirizzata alla Società entro **180** giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia.

Alla denuncia deve essere unita, o far seguito, la seguente documentazione:

- copia del certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- copia della cartella clinica, conforme all'originale, ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Qualora la garanzia scada prima che sia stata presentata denuncia di danno e sempre che la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della garanzia stessa, è concesso il termine di **180** giorni dalla scadenza per la relativa denuncia.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

6.9.2 Determinazione dell'indennità

L'indennità viene determinata in base alla seguente tabella di riparametrazione.

UNISALUTE

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale.

Percentuale di invalidità accertata	Percentuale di invalidità liquidata
da 0 a 24	0
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
da 35 a 55	da 35 a 55
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
da 66 a 100	100

L'accertamento dell'eventuale grado di invalidità permanente residua viene effettuato non prima di un anno dalla data della denuncia del sinistro e comunque a situazione clinica stabilizzata.

6.10 Diagnosi comparativa

La Società dà la possibilità all'Assicurato 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 **800-822455**, l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui

UNISALUTE

specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione medica 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'Assicurato 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'Assicurato.
3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato dovrà contattare Unisalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società 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 dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

6.11 Garanzia per il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per l'assicurato che si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente - garanzia "LTC" operante per il solo iscritto all'Ente professionalmente attivo rientrante in una fascia di età tra i 18 e 65 anni compiuti

6.11.1 Oggetto della garanzia

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente come indicato al successivo articolo 6.11.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

6.11.2 Persone assicurate

La copertura assicurativa è valida per tutti gli iscritti all'Ente professionalmente attivi, di età compresa tra 18 e 65 anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo 6.11.3 "Condizioni di Assicurabilità".

6.11.3 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, al momento dell'ingresso in copertura, non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti : spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Essere stati o essere affetti da situazioni patologiche determinanti un'invaldità civile permanente superiore al 25%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi,

mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

6.11.4 Somma assicurata

La somma garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 6.11.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 2.400,00 all'anno; tale somma potrà essere corrisposta anche con un versamento mensile massimo paria a € 200,00.

Il suddetto importo verrà corrisposto per una durata massima di 3 anni dall'entrata dell'assicurato in stato di non autosufficienza (Long Term Care) permanente.

6.11.5 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale),
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile),
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio),
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), e necessiti in modo costante:
 - o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, accertata da un referto medico redatto successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) e necessiti in modo costante:

- di un soggiorno in ospedale psichiatrico riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale;
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio.

6.11.6 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'articolo 6.11.4 "Somma assicurata".

La prestazione concordata potrà essere erogata anche nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli 6.11.6 I e II:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;

- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di dipendenza dell'Assicurato.

I) Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Assicurato richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate dalla Società.

II) Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero; ovvero
- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare

l'esistenza di un rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

6.11.7 Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) 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;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) 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, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno.

6.11.8 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà contattare la Centrale Operativa di Unisalute al **numero verde gratuito 800 822455** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, indirizzato a: Unisalute S.p.A. - servizio liquidazione - Via del Gomito, 1- 40127 Bologna, dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza

dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

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

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto dovrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

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

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

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

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle

prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

6.11.9 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di Dipendenza da parte della Società secondo le condizioni di cui al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti al punto relativo alla somma assicurata - nelle forme di seguito indicate:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro). L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

6.11.10 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822455** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

c) Pareri medici

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

7. Casi di non operatività del piano

Il Piano sanitario, come tutti i prodotti assicurativi, non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dalla polizza.

Non sono garantite dal Piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi:

UNISALUTE

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, 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. 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.
7. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
10. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
11. 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;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
13. Limitatamente alle prestazioni previste al punto 6.7 "Garanzia Odontoiatrica" l'assicurazione non è operante per:
 - protesi estetiche
 - trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

* 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 Modalità operative del Piano sanitario relativamente alle situazioni patologiche e agli infortuni preesistenti

Per gli iscritti all'Ente la copertura opera senza alcuna limitazione relativamente a situazioni patologiche preesistenti l'ingresso dell'Assicurato nella copertura salvo quanto previsto ai precedenti punti 6.8 "Garanzia in caso di diagnosi per Brucellosi", 6.9 "Invalidità permanente conseguente a malattie contratte a causa dell'esercizio della professione" e 7 "Casi di non operatività del piano".

Per i familiari degli iscritti, per i pensionati, per i cancellati, nonché per i loro nuclei familiari che vengano inclusi nella garanzia entro il 03/11/2010, varrà il medesimo principio indicato nel precedente capoverso.

Per tutti coloro che vengano inseriti volontariamente nella copertura oltre tale data, la garanzia opererà con l'esclusione delle situazioni patologiche e infortuni preesistenti alla data di inclusione nel piano relativamente alla garanzia "Gravi Eventi Morbosi".

8.2 Inclusioni/esclusioni

1) Inclusione del nucleo familiare come definito al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura"

Il nucleo familiare come indicato al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura" può essere incluso mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo entro e non oltre il 03/11/2011; oltre detto termine, potrà essere incluso esclusivamente il nucleo familiare di nuovi associati salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura dei termini di adesione.

Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare la garanzia nei loro confronti sarà operante sino alla scadenza della polizza.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto al precedente punto 1, l'inclusione del nucleo familiare come indicato al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura", in un momento successivo alla decorrenza della polizza, è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla

UNISALUTE

Società dell'apposito modulo seconde le modalità indicate sul modulo medesimo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo premio.

3) Nuove iscrizioni

Nel caso di nuove iscrizioni la garanzia per il neo-iscritto decorre dal giorno della comunicazione dell'iscrizione da parte dell'Ente alla Società.

Qualora il neo-iscritto intenda inserire il nucleo familiare come indicato al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura", dovrà effettuare l'inclusione nella copertura entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello della comunicazione dell'iscrizione da parte dell'Ente alla Società; per l'annualità assicurativa in corso all'atto dell'iscrizione l'inclusione del nucleo familiare non potrà essere effettuata in un momento successivo a quello sopraindicato. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio seconde le modalità indicate sul modulo medesimo.

La garanzia per il nucleo familiare decorrerà in forma rimborsuale contestualmente a quella del neoiscritto mentre in forma di assistenza diretta dall'ultimo giorno del mese successivo a quello di comunicazione dell'iscrizione da parte dell'Ente alla Società.

4) Inclusione di pensionati / cancellati Enpav

Gli associati all'Ente che risultino titolari di pensione erogata dall'Ente stesso anche indiretta o di reversibilità alla data di decorrenza della copertura, potranno aderire al Piano sanitario solo per se stessi o anche per il nucleo familiare mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio entro e non oltre il 03/11/2010.

L'iscritto che diviene pensionato o che si cancella dall'Ente in data successiva alla data di effetto della polizza, ed eventualmente il relativo nucleo familiare, se assicurato, rimarranno in copertura fino alla scadenza della polizza.

Nel caso di decesso del pensionato o del cancellato Enpav gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla scadenza annuale.

5) Cessazione dell'iscrizione all'Ente

Nel caso di cessazione di iscrizione all'Ente del veterinario la copertura assicurativa prestata dall'Ente stesso avrà termine alla scadenza annuale di polizza.

6) Decesso dell'iscritto

Nel caso di decesso dell'iscritto gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in copertura fino alla scadenza annuale di polizza.

8.3 Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

8.4 Limiti di età

- Per l'iscritto non è previsto alcun limite di età.
- Per il pensionato è previsto un limite di età di **85** anni.
- Per il cancellato Enpav è previsto un limite di età di **85** anni.
- Per i familiari è previsto un limite di età di **85** anni per il coniuge o convivente "more uxorio" e di **30** anni per i figli.

Per i familiari assicurati, al compimento delle età sopraindicate, la copertura cessa automaticamente alla scadenza annuale.

8.5 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre - qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali - si restituisce all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- **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 Informativa sui rapporti con l'Assicurato

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

ogni mese *Viene inviato un riepilogo delle eventuali richieste di rimborso sospese con l'indicazione della documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria della pratica.*

Una volta l'anno, in tempo utile per gli adempimenti di legge, per facilitare la compilazione della dichiarazione dei redditi degli Assicurati, viene inoltre inviato un riepilogo di tutti i sinistri denunciati con l'indicazione, per ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'Assicurato.

Su detto documento, gli importi residui a carico dell'Assicurato e gli eventuali documenti di spesa non liquidati, vengono indicati espressamente come spese detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

9. Premi

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

a) Iscritto	A carico dell'Ente
b) Pensionato/cancellato	€ 45,45
c) Nucleo familiare*	€ 61,55

**inteso come coniuge o convivente "more uxorio" e figli, questi ultimi se fiscalmente a carico, o nei confronti dei quali vi sia l'obbligo del mantenimento.*

Tumori

Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale di tumori maligni, compresa la radiocirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi gli interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

Neurochirurgia

- **Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale.**

Ad esempio:

- a) craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- b) asportazione di neoplasie endocrine, di aneurismi o correzione di altre condizioni patologiche
- c) operazioni endocraniche per ascesso od ematoma intracranico
- d) interventi di derivazione liquorale diretta o indiretta
- e) operazioni per encefalo meningocele
- f) lobotomia ed altri interventi di psicotomia
- g) talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- h) interventi per epilessia focale
- i) neurotomia retrograsseriana, sezione intracranica di altri nervi
- j) emisferectomia
- k) idrocefalo ipersecretivo
- l) chirurgia endoauricolare della vertigine
- m) chirurgia translabyrinthica della vertigine

- **Interventi di cranioplastica**

- a) inclusa la plastica per paralisi del nervo facciale
 - b) inclusa la correzione del naso a sella
 - c) inclusa la riduzione delle fratture mandibolari con osteosintesi
- **Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale**
 - **Asportazione tumori dell'orbita anche per via endocranica**
 - **Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari). Ad esempio:**
 - a) interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari
 - **Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore**
 - **Interventi sul plesso brachiale. Ad esempio:**
 - a) vagotomia per via toracica
 - b) interventi associati sul simpatico cervicale e sui nervi splanchnici

Oculistica

- **Interventi per neoplasie del globo oculare compresi:**
 - a) iridocicloretrazione
 - b) trabeculectomia
- **Intervento di enucleazione del globo oculare**

Otorinolaringoiatria

- **Asportazione di tumori maligni del cavo orale. Ad esempio:**
 - a) parotidectomia con conservazione del facciale
 - b) asportazione della parotide per neoplasie maligne

c) interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare contemporaneo

d) interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento gangliare.

- **Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)**
- **Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale). Ad esempio:**
 - a) laringectomia orizzontale sopraglottica
 - b) laringectomia parziale verticale
 - c) laringectomia totale
 - d) faringo-laringectomia
- **Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare. Ad esempio:**
 - a) demolizione dell'osso frontale
 - b) decompressione del nervo facciale
 - c) decompressione del nervo facciale con innesto o raffia
 - d) resezione del nervo petroso superficiale
 - e) resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
 - f) resezione del mascellare superiore
 - g) operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
 - h) frattura del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare: trattamento chirurgico e ortopedico
 - i) frattura dei mascellari superiori: trattamento chirurgico-ortopedico
- **Ricostruzione della catena ossiculare. Ad esempio:**
 - a) chirurgia della sordità otosclerotica

- **Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico**
- **Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari. Ad esempio:**
 - a) timpanoplastica

Chirurgia del collo

- **Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale**
- **Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia**

Chirurgia dell'apparato respiratorio

- **Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici. Ad esempio:**
 - a) resezioni segmentarie e lobectomia
 - b) decorticazione polmonare
 - c) pleuro-pneumectomia
 - d) toracectomia
 - e) toracoplastica
- **Interventi per fistole bronchiali**
- **Interventi per echinococchi polmonare**
- **Pneumectomia totale o parziale**
- **Interventi per cisti o tumori del mediastino. Ad esempio:**
 - a) asportazione del timo

Chirurgia cardiovascolare

- **Interventi sul cuore per via toracotomica. Ad esempio:**

- a) pericardiectomia
 - b) sutura del cuore per ferite
 - c) interventi per corpi estranei del cuore
 - d) interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
 - e) commissurotomia
 - f) valvuloplastica della mitrale o dell'aorta
 - g) sostituzione valvolare con protesi
 - h) infartectomia in fase acuta
 - i) resezione aneurisma del ventricolo sinistro
 - j) by-pass aortocoronarico con vena
 - k) by-pass aortocoronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
 - l) impianto di arteria mammaria secondo Vineber singolo o doppio
 - m) impianto di pace-maker epicardico per via toracotomica o frenico-pericardica
 - n) asportazione di tumori endocavitari del cuore
- **Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica. Ad esempio:**
 - a) operazione per embolia dell'arteria polmonare
 - b) operazioni sull' aorta toracica
 - **Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica. Ad esempio:**
 - a) disostruzione by-pass aorta addominale
 - b) interventi per la stenosi dell' arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
 - c) resezione arteriosa con plastica vasale

- **Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale.** Ad esempio:
 - a) interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica o succlavia o arteria anonima
- **Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario**
- **Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi.** Ad esempio:
 - a) interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco-braccio cefalico, iliache
- **Asportazione di tumore glomico carotideo**

Chirurgia dell'apparato digerente

- **Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago**
- **Interventi con esofagoplastica.** Ad esempio:
 - a) resezione dell'esofago con esofagoplastica in un tempo
 - b) interventi per diverticolo dell'esofago
 - c) collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparotomica
 - d) Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
 - e) operazioni sull'esofago per stenosi benigne per tumori resezioni parziali basali, alte o totali.
- **Intervento per mega-esofago**
- **Resezione gastrica totale**

- **Resezione gastro-digiunale.** Ad esempio:
 - a) Resezione gastrica
 - b) Resezione del tenue
 - c) occlusione intestinale di varia natura: resezione intestinale
 - d) resezione anche per ulcera peptica post-anastomica
 - e) cardiomiectomia extramucosa
- **Intervento per fistola gastro-digiunocolica**
- **Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia).** Ad esempio:
 - a) laparotomia per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
 - b) idem con lesioni dell'intestino: resezione intestinale
 - c) resezione ileo-cecale
- **Colectomie totali, emicolectomie e resezioni retto coliche per via anteriore (con o senza colostomia)**
- **Interventi di amputazione del retto-ano.** Ad esempio:
 - a) amputazione del retto per via sacrale
 - b) amputazione del retto per via addominoperineale
- **Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale**
- **Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale**
- **Drenaggio di accesso epatico.** Ad esempio:
 - a) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia - colecistoenterostomia)
- **Interventi per echinococcosi epatica**

- **Resezioni epatiche**
- **Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari.** Ad esempio:
 - a) epatico e coledocotomia
 - b) papillotomia per via trans-duodenale
- **Interventi chirurgici per ipertensione portale.** Ad esempio:
 - a) anastomosi porta-cava e spleno-renale
 - b) splenectomia
 - c) anastomosi mesenterica-cava
- **Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica.** Ad esempio:
 - a) interventi di necrosi acuta del pancreas
 - b) interventi per fistole pancreatiche
- **Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica.** Ad esempio:
 - a) interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazione delle cisti, marsupializzazione
- **Interventi per neoplasie pancreatiche.** Ad esempio:
 - a) interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa o della coda

Urologia

- **Nefroureterectomia radicale.** Ad esempio:
 - a) nefrectomia allargata per tumore
 - b) nefrectomia per tumore di Wilms
- **Surrenalectomia**

- **Interventi di cistectomia totale.** Ad esempio:
 - a) cistectomia totale con ureterosigmoidostomia

- **Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia.** Ad esempio:
 - a) interventi per fistola vescico-rettale
 - b) interventi per fistola vescico-intestinale
 - c) intervento per estrofia vescicale
 - d) cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
 - e) cura chirurgica di fistola ureterale
 - f) ileocisto-plastica - colecisto plastica

- **Cistoprostatovescicolectomia**

- **Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale**

- **Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare**

Ginecologia

- **Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia.** Ad esempio:
 - a) panisterectomia radicale per via addominale
 - b) panisterectomia radicale per via vaginale
 - c) eviscerazione pelvica

- **Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica, eventualmente comprensivo di:**
 - a) creazione operatoria di vagina artificiale
 - b) creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi

- c) creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- d) cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- e) metroplastica

- **Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia.**

Ad esempio:

- a) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria

- **Interventi per asportazione di tumori maligni del seno**

Ortopedia e traumatologia

- **Interventi per costola cervicale**
- **Interventi di stabilizzazione vertebrale**
- **Interventi di resezione di corpi vertebrali**
- **Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni**
- **Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei**
- **Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio**

Chirurgia pediatrica (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- **Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).**

Ad esempio:

- a) cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)

- **Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite.** Ad esempio:
 - a) atresia dell'esofago
 - b) fistola dell' esofago
 - c) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
 - d) tresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:
abbassamento addomino-perineale
 - e) teratoma sacro-coccigeo
 - f) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

- **Correzione chirurgica di megauretere congenito**

- **Correzione chirurgica di megacolon congenito.** Ad esempio:
 - a) megauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale
 - b) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson

Chirurgia Maxillo-facciale

- a) intervento per neoplasie ossee (benigne o maligne) della mandibola o della mascella

Trapianti di organo: Tutti. Ad esempio:

- a) trapianto di cornea
- b) trapianto cuore e/o arterie
- c) trapianto organi degli apparati digerente, respiratorio, urinario

Allegato B - Elenco gravi eventi morbosi

Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- Ulcere torpide e decubiti
- Sovrinfezioni
- Infezioni urogenitali
- Ipertensione instabile
- Neuropatie
- Vasculopatie periferiche

Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- Dispnea
- Edemi declivi e stasi polmonare
- Ipossiemia
- Alterazione equilibrio idro-salino
- Riacutizzazione-acuzio
- Aritmie

Cardiopatìa ischemica

Insufficienza cardiaca congestizia

Angina instabile

Aritmie gravi

Infarto e complicanze

Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni:

- Acuta
- Edema polmonare
- Cronica in trattamento riabilitativo
- Con ossigenoterapia domiciliare continuata
- Con ventilazione domiciliare
- Cronica riacutizzata

Insufficienza renale acuta

Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale

Neoplasie maligne - accertamenti e cure

Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%

Patologie neuromuscolari evolutive

Tetraplegia

Sclerosi multipla

Sclerosi laterale amiotrofica

Miopatie

Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo

Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali

M. di Parkinson caratterizzato da:

- Riduzione attività motoria
- Mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta

Stato di coma

Alzheimer