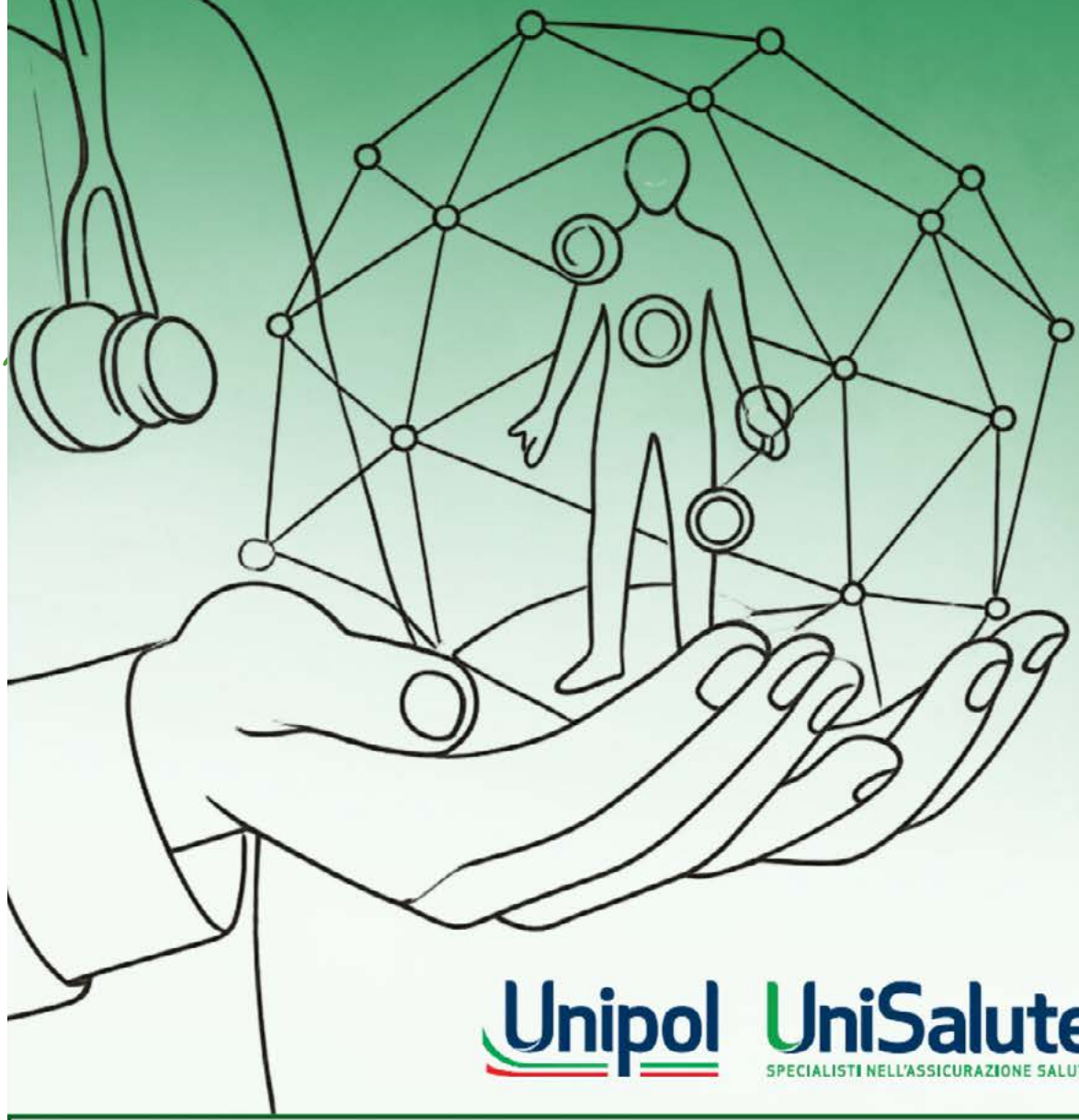
LABORATORIO TERZIARIO
PERIODICO DELLA FISASCAT CISL DI DOCUMENTAZIONE DEL TERZIARIO TURISMO E SERVIZI
Poste Italiane Spa - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB Roma - N. 3/2026 - Anno XX

CISL FISASCAT

TUTELE E PRESTAZIONI

Raccolta dei nomenclatori dei Fondi Sanitari di Categoria

aggiornato a Ottobre 2026



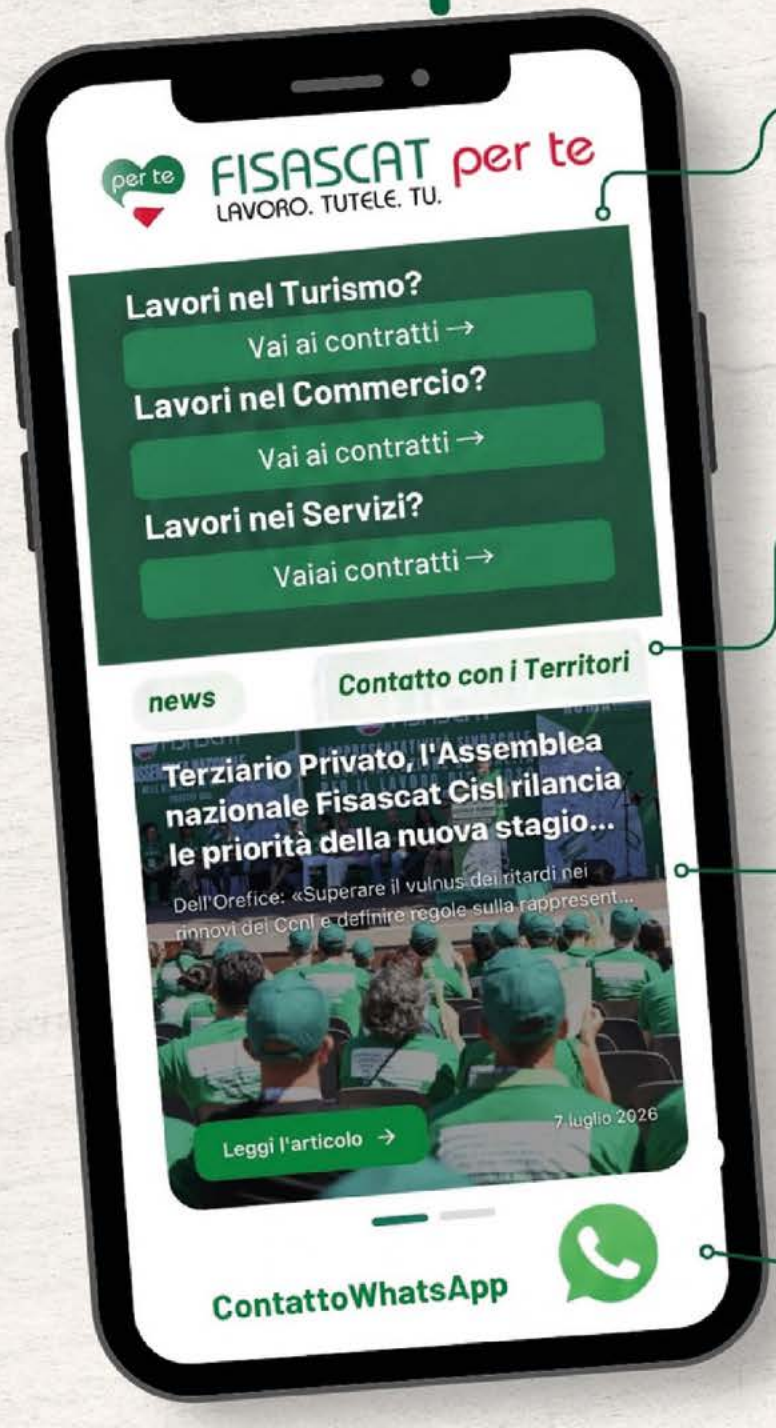
Unipol UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

WWW.FISASCAT.IT
WWW.FISASCATPERTE.IT

#PromuoverePartecipare

FISASCAT per te
LAVORO. TUTELE. TU.

IL SINDACATO sempre con Te



CCNL
- Testi
- Sintesi
- Tabelle retributive

TERRITORI
- Contatto diretto con i Territori

NEWS
- Tutte le news Fisascat Cisl

WHATSAPP
- Contatto diretto

@fisascatperte

WWW.FISASCATPERTE.IT

WhatsApp
+39 349 7670640

LABORATORIO TERZIARIO
PERIODICO DELLA FISASCAT CISL DI DOCUMENTAZIONE DEL TERZIARIO TURISMO E SERVIZI

N. 3/2026 - Anno XX

Direttore Responsabile
Vincenzo dell'Orefice

Editore, Redazione, Direzione,
Amministrazione, Pubblicità
Union Labor S.r.l.
Via dei Mille, 56
00185 Roma
Telefono 06.85359757
Fax. 06.85959751
www.laboratorioterziario.it
unionlabor@unionlabor.it

Registrato presso il Tribunale di Roma con il n° 485 in data 13/12/2006

ROC 17005

Service provider: COLT Technology Services Group Limited - www.colt.net/it

Progetto grafico e impaginazione:
Erika Panone

Redazione:
Gloria Proia

Depositato presso il Registro Pubblico Generale delle Opere Protette L.633/41

Indice

Introduzione **25**

AGIDAE SALUS **30**

CCNL previsti 30
Contribuzione 30
Operatività 30
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 31
Principali casi di non operatività 32
Nomenclatore 33
1. Ricovero 33
1.1. Ricovero con intervento chirurgico 33
1.1.1. Modalità e massimale 34
1.2. Ricovero per grave evento morboso 34
1.2.1. Modalità e massimale 36
1.3. Parto 37
1.3.1. Parto cesareo 37
1.3.2. Parto non cesareo e parto domiciliare 37
1.3.3. Modalità e massimale 37
1.4. Day Hospital 38
1.5. Trasporto Sanitario 38
1.6. Trapianti 38
1.7. Neonati 39
1.8. Indennità sostitutiva 39
2. Visite specialistiche 39
3. Accertamenti diagnostici 40
4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi 40
5. Prestazioni odontoiatriche particolari 41
6. Cure Odontoiatriche, Terapie Conservative, Protesi Odontoiatriche, Ortodonzia e Prestazioni Diagnostiche di tipo Odontoiatrico e Ortodontico 41
7. Interventi Chirurgici Odontoiatrici extra-ricovero 42
8. Prestazioni diagnostiche particolari 43
8.1. Pacchetto per il controllo della crescita 45
8.2. Pacchetto Otorinolaringoiatrico 45
8.3. Pacchetto Ortopedico 45
8.4. Diagnosi Comparativa 45
9. Stati di non autosufficienza 46
9.1. Definizione dello stato di non autosufficienza 47
9.2. Piano Assistenziale Individuale 47
10. Esclusioni e modalità di utilizzo 49
10.1. Casi di non operatività del Piano Sanitario 49
10.2. Limiti di età 51
10.3. Riconoscimento dello Stato di non Autosufficienza 51
10.4. Gestione documentazione di spesa 55
11. Richiesta delle prestazioni 55

ASIM 61

CCNL previsti 61
Contribuzione 61
Operatività 61
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 62
Principali casi di non operatività 63
Nomenclatore 64
1. Le persone per cui è operante la copertura 64
2. Le prestazioni del piano sanitario 64
2.1. Indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico 65
2.2. Ospedalizzazione domiciliare per ricovero per grande intervento chirurgico (come allegato in calce) 65
2.3. Neonati 66
2.4. Pacchetto maternità 67
2.5. Alta specializzazione 68
2.6. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici 69
2.6.1. Visite specialistiche 69
2.6.2. Accertamenti diagnostici 70
2.7. Trattamenti fisioterapici 71
2.7.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio 71
2.7.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia o intervento chirurgico 72
2.8. Pacchetti prevenzione 73
2.9. Prestazioni di implantologia 75
2.10. Cure dentarie da infortunio 75
2.11. Pacchetto di prevenzione odontoiatrica 76
2.12. Prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate 76
2.13. Critical illness 77
3. Casi di non operatività del piano 78
4. Alcuni chiarimenti importanti 79
4.1. Limiti di età 79
5. Long term care ltc (non autosufficienza) 79
5.1. Limiti di età 79
5.2. Soggetti coinvolti 80
5.3. Effetto della copertura 80
5.4. Definizione dello stato di non autosufficienza 80
5.4.1. Esclusione in caso di perdita dell'autosufficienza permanente 80
5.4.2. Limitazioni della copertura in caso di perdita dell'autosufficienza permanente 81
5.5. Denuncia, accertamento e riconoscimento della perdita di autosufficienza 82
5.6. Erogazione della prestazione 83
5.7. Il finanziamento dello schema ltc 83
5.8. Limiti di età 83
6. Elenco grandi interventi chirurgici 83

ASTER 88

CCNL previsti 88
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 89
Principali casi di non operatività 91
Nomenclatore ad erogazione Unisalute 91
1. Benvenuto 91

2. Come utilizzare le prestazioni del piano 92
2.1. Se scegli una struttura convenzionata da Unisalute per ente aster 92
2.2. Se scegli una struttura non convenzionata 92
2.3. Se scegli il servizio sanitario nazionale 93
3. Le persone per cui è operante la copertura 93
4. Le prestazioni del piano sanitario 93
4.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico e day hospital chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo 7) 94
4.2. Trasporto sanitario per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo 7) 95
4.3. Intervento chirurgico ambulatoriale (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo 7) 95
4.4. Neonati 95
4.5. Indennità sostitutiva per ricovero per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo 7) 95
4.6. Massimale dell'area ricovero 96
4.7. Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale 96
4.8. Visite specialistiche 99
4.9. Protesi/ausili medici ortopedici 99
4.10. Trattamenti fisioterapici riabilitativi 100
4.10.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate 100
4.10.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante 100
4.11. Prestazioni di implantologia 101
4.12. Avulsione (estrazione denti) senza successiva applicazione di impianti 101
4.13. Prestazioni odontoiatriche particolari 102
4.14. Prestazioni diagnostiche particolari 102
4.15. Servizio monitor salute 103
4.15.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche 104
4.16. Servizi di consulenza 105
5. Casi di non operatività del piano 105
6. Alcuni chiarimenti importanti 106
6.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione 106
6.2. Inclusioni/esclusioni 106
6.3. Validità territoriale 107
6.4. Limiti di età 107
6.5. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 107
6.6. Foro competente 107
6.7. Reclami 107
6.8. Diritto all'oblio oncologico 109
6.9. Informativa "home insurance" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento ivass 41/2018 – ove sussistano i requisiti 109
6.10. Informazioni sull'impresa di assicurazione 109
7. Elenco interventi chirurgici 110
1. Prestazioni rimborsate direttamente da ASTER 113
1.1. Ticket Sanitari 114
1.1.1. Documentazione da inviare 114
1.2. Pacchetto Maternità 114
1.2.1. Documentazione da inviare 115
1.3. Assistenza alla persona non autosufficiente 115
1.3.1. Documentazione da inviare 116
1.4. Pacchetto prevenzione per persona con sindrome di Down 117
1.4.1. Documentazione da inviare 117

1.5. Lenti da vista 117
1.5.1. Documentazione da inviare 118
1.6. Assistenza ai parenti non autosufficienti 118
1.6.1. Documentazione da inviare 119
1.7. Vaccini antinfluenzali 119
1.7.1. Documentazione da inviare 119
1.8. Vaccino anti-pneumococcico 120
1.8.1. Documentazione da inviare 120
1.9. Scoperto per interventi chirurgici 120
1.9.1. Documentazione da inviare 121
1.10. Parrucca per pazienti oncologici 121
1.10.1. Documentazione da inviare 122
1.11. Lenti e occhiali per figli minorenni 122
1.11.1. Documentazione da inviare 122
2. Casi di non operatività del piano 123
3. Estensione territoriale e limiti di età 123
4. Come chiedere un rimborso 123
5. Come visualizzare lo stato dei propri rimborsi 124

CADIPROF 126

CCNL previsti 126
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 127
Principali casi di non operatività 131
Nomenclatore ad erogazione Unisalute 132
1. Che cos'è il piano sanitario 132
2. Intervento Chirurgico Ambulatoriale 132
3. Day Hospital 133
4. Intervento Chirurgico 134
5. Diaria 139
6. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio post - ricovero 140
7. Accertamenti diagnostici 140
8. Visite Specialistiche 144
9. Rimborso Ticket SSN per iscritto e coniuge/convivente 145
10. Gravidanza 146
11. Trattamenti Fisioterapici 146
12. Prevenzione cardiovascolare e oncologica 148
13. Come prenotare le prestazioni del Piano Sanitario nelle strutture convenzionate 150
14. Come presentare i rimborsi del Piano Sanitario 150
15. Servizi di Consulenza 150
16. Servizio Monitor Salute programma di monitoraggio patologie croniche 151
17. Elenco strutture convenzionate 151
18. Importanti Precisazioni 152
19. Termini utilizzati 152
20. Condizioni Generali 154
1. Che cos'è il Pacchetto Famiglia 155
2. Spese di assistenza pediatrica nel 1°anno 155
3. Spese di assistenza pediatrica (1 - 2 anni) 156
4. Spese pediatriche figli dai 3 ai 14 anni (non compiuti) 157
5. Spese per frequenza di Asilo Nido 158

6. Contributo a sostegno della paternità 159
7. Procreazione Medicalmente Assistita - PMA 160
8. Assistenza per familiare non autosufficiente con connotazione di gravità 162
9. Assistenza a figli non autosufficienti senza connotazione di gravità Progetto sperimentale in vigore dal 1.1.2020 al 31.12.2026 163
10. Rimborso vaccinazioni facoltative per iscritto e familiari 164
11. Rimborso Lenti da vista per iscritto e figli 0-18 (a partire dal 1.1.2025) 165
12. Prestazioni di consulenza psicologica per iscritto e figli 0-18 167
13. Rimborso Plantari Ortopedici per gli Iscritti - Nuovo Progetto sperimentale in vigore dal 1.1.2023 al 31.12.2026 169
14. Trattamento dell'Emicrania cronica mediante Anticorpi Monoclonali* (in vigore dal 1.1.2023) 170
15. Garanzia infortuni per Coniuge/Convivente e Figli - Oggetto della copertura 173
16. Garanzia infortuni per Coniuge/Convivente e Figli - Condizioni generali e importanti precisazioni relative alla garanzia infortuni. 177
17. Garanzia infortuni per Coniuge/Convivente e Figli - Termini utilizzati 180
18. Gravi Eventi 182
19. Servizio telemedicina MedicoPerTutti per iscritto e coniuge/convivente 183
20. Richiesta rimborso 184
21. Disposizioni generali 184
1. Cure odontoiatriche per iscritti in vigore dal 1.1.2025 186
2. Impianto osteointegrato iscritto in vigore dal 1.1.2025 188
3. Impianto osteointegrato per coniuge e/o convivente non iscritto in vigore dal 1.1.2025 190
4. Riabilitazione protesica con corone fisse in vigore dal 1.1.2025 193
5. Trattamento ortodontico iscritto in vigore dal 1.1.2025 194
6. Visita dentistica e sigillature per figli (età da 0 fino a 12 anni non compiuti) in vigore dal 1.1.2025 195
7. Ortodonzia intercettiva per i figli (età da 0 fino a 12 anni non compiuti) in vigore dal 1.1.2025 196
8. Ortodonzia funzionale per i figli (età da 12 fino a 18 anni non compiuti) in vigore dal 1.1.2025 197
9. Allineatori dentali per i figli (età da 12 fino a 18 anni non compiuti) in vigore dal 1.1.2025 199
10. Cure dentarie post infortunio per iscritto in vigore dal 1.1.2025 200
11. Cure dentarie post infortunio per i figli (età da 0 fino ai 18 anni non compiuti) in vigore dal 1.1.2025 201
12. Protesi mobili per genitori fragili (età over 65 anni compiuti) in vigore dal 1.1.2025 202
13. Servizi di telemedicina "Pronto Fas" e di assistenza odontoiatrica domiciliare d'urgenza "Fas a casa" per iscritto e familiari in vigore dal 1.1.2025 203
14. Come presentare i rimborsi delle Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi 205
15. Disposizioni generali Prestazioni Odontoiatriche FAS-ANDI 205

CASSA COLF 208

CCNL previsti 208
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 209
Principali casi di non operatività 210
Nomenclatore 211
1. Indennità giornaliera in caso di ricovero e di convalescenza 211
1.1. Indennità giornaliera in caso di ricovero 211
1.2. Convalescenza 211
1.3. Ricovero in caso di forme oncologiche maligne 211
1.4. Convalescenza in caso di forme oncologiche maligne 211
1.5. Definizioni 212
1.6. Esclusioni 212
2. Ticket sanitari 213
2.1. Rimborso spese per ticket sanitari 213
2.2. Rimborso spese per ticket sanitari per le forme oncologiche maligne 213
3. Prestazioni previste per le lavoratrici in stato di gravidanza 213

3.1. Rimborso spese periodo gravidanza 213
3.2. Contributo una tantum di maternità 214
3.3. Interventi chirurgici per neonati figli di lavoratori iscritti 214
4. Ausili ortopedici e trattamenti fisioterapici 214
4.1. Ausili ortopedici 214
4.2. Rimborso spese per i trattamenti fisioterapici 214
5. Indennità grandi interventi in strutture pubbliche 215
6. Contributo oneri funerari 219
7. Prestazioni di psicoterapia 219
8. Prestazioni convenzionate Unisalute 219
8.1. Prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute 219
8.2. Visite specialistiche 221
8.3. Prestazioni odontoiatriche 221
8.4. Impianti osteointegrati 222
8.5. Pacchetto prevenzione 222
8.5.1. Esami ematici 222
8.5.2. Nuove prestazioni di prevenzione incluse dal 01/07/2024 222
8.5.3. Visita oculistica 223
8.6. Prestazioni a tariffa agevolata 223
8.7. Servizi di consulenza 223
8.7.1. Informazioni sanitarie telefoniche 224
8.7.2. Prenotazione di prestazioni sanitarie 224
8.7.3. Pareri medici 224
9. Prestazioni sperimentali 224
9.1. Prestazione eventi traumatici senza ricovero 224
9.2. Prestazione interventi ambulatoriali 224
9.3. Lista grandi interventi ambulatoriali 224
9.4. Prestazione per invalidità 225
10. Comunicazioni a CAS.SA.COLF 225
11. Richiesta delle prestazioni (articoli da 1 a 7) 225
11.1. Richiesta prestazioni tramite area riservata MYCASSACOLF 225
11.2. Richiesta prestazioni tramite posta elettronica/ordinaria 226

CASSA PORTIERI 228

CCNL previsti 228
Contribuzione 228
Operatività 228
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 229
Principali casi di non operatività 230
Nomenclatore 230
1. Pacchetto prevenzione 230
2. Indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico 232
3. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricovero per grande intervento chirurgico 232
4. Prestazioni di alta specializzazione 233
5. Visite specialistiche 235
6. Rimborso ticket SSN per accertamenti diagnostici e visite specialistiche 235
7. Rimborso lenti ed occhiali 236
8. Pacchetto maternità 236
9. Fisioterapia riabilitativa a seguito di infortunio e patologie particolari 236

9.1. Fisioterapia riabilitativa a seguito di infortunio 236
9.2. Fisioterapia per patologie particolari 237
10. Prestazioni di implantologia per l'iscritto ed il coniuge fiscalmente a carico 237
11. Ablazione tartaro e altre prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate per l'iscritto ed il coniuge fiscalmente a carico 238
11.1. Ablazione del tartaro 238
11.2. Agevolazioni tariffarie 238
12. Prevenzione dentale e protocollo ortodontico per figli minorenni fiscalmente a carico 238
12.1. Protocollo Ortodontico 239
12.2. Prestazioni di Igiene e Profilassi Dentale 239
13. Come usufruire della prestazione (diretta o rimborso) 239
13.1. Erogazione in forma diretta 239
13.2. Erogazione in forma indiretta o rimborsuale 239
14. Numero verde e servizi di consulenza 240
15. Area riservata 240
16. Modulistica 240
17. Elenco grandi interventi chirurgici 240
18. Le prestazioni di Assistenza Integrativa 243
18.1. Modalità di domanda e documentazione da allegare 244
18.2. Termini di presentazione 244

COOPERSALUTE 246

CCNL previsti 246
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 247
Principali casi di non operatività 248
Nomenclatore 249
Presentazione 249
Introduzione 249
Le persone per cui è operante la copertura 249
Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario 249
1. Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio (vedi elenco a paragrafo 1.8.) 254
1.1. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico 255
1.2. Colonscopia e Gastroscopia e Isteroscopia operativa a seguito di malattia e infortunio 255
1.3. Protesi ortopediche 255
1.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio 255
1.5. Neonati - figli di Iscritti 255
1.6. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale 256
1.7. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero 256
1.8. Elenco interventi chirurgici 256
2. Prestazioni di diagnostica 259
3. Visite specialistiche private 262
4. Ticket per accertamenti diagnostici, visite specialistiche e Pronto Soccorso 263
5. Gravidanza/Maternità 263
6. Trattamenti fisioterapici 264
6.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio 264
6.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie particolari 264
7. Prestazioni di odontoiatria 265
7.1. Prevenzione odontoiatrica 265
7.2. Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia 266
7.3. Il limite di spesa annuo 266

7.4. Implantologia 266
8. Disintossicazione da alcool e droghe 266
9. Prevenzione (in vigore dal 01/02/2026) 267
10. Figli minori fiscalmente a carico) 268
10.1. Chi può accedere 268
10.2. Come attivare la copertura 268
10.3. Durata della copertura 268
10.4. Le prestazioni garantite 268
11. Prestazioni a tariffe agevolate 268
12. Servizi di consulenza 269
Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute 270

FASIFAR 272

Piano sanitario copertura integrativa ad EMAPI per dipendenti iscritti ad ENPAF-EMAPI 272
CCNL Previsti 272
Contribuzione 272
Operatività 272
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 273
Principali casi di non operatività 274
Nomenclatore 275
1. Benvenuto 275
2. Come utilizzare le prestazioni del piano sanitario 275
2.1. Se scegli una struttura convenzionata con Unisalute 275
2.2. Se scegli una struttura non convenzionata con Unisalute 275
2.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale 276
3. Servizi online e mobile 276
3.1. Il sito di Unisalute 277
3.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti? 277
3.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 277
3.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 278
3.1.4. Come faccio a richiedere il rimborso di una prestazione? 278
3.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 278
3.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture convenzionate? 278
3.1.7. Come posso ottenere pareri medici? 278
3.2. L'app di Unisalute 279
3.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute? 279
3.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture convenzionate? 279
3.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 280
3.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 280
4. Le persone per cui è operante la copertura 280
5. Le prestazioni del piano sanitario 280
5.1. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o grave evento morboso (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1 "elenco grandi interventi chirurgici" e 2 "elenco gravi eventi morbosi") 281
5.1.1. Indennità giornaliera 281
5.2. Alta specializzazione 281
5.3. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici 284
5.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di un elenco specifico di patologie e interventi chirurgici 284
5.5. Pacchetto maternità 285
5.6. Protesi ortopediche e acustiche 286

5.7. Prestazioni diagnostiche particolari 286
5.8. Servizio monitor salute 288
5.8.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche 288
5.9. Prestazioni odontoiatriche particolari 289
5.10. Cure dentarie da infortunio 289
5.11. Prestazioni di implantologia 290
5.11.1. Applicazione di tre o più impianti 290
5.11.2. Applicazione di due impianti 290
5.11.3. Applicazione di un impianto 291
5.12. Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia) 291
5.13. Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero 291
5.14. Lenti e occhiali 292
5.15. Servizio si sereno-Screening psicologico online 292
5.16. Nutrirsisalute-Screening di nutrizione 293
5.17. Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute 293
5.18. Servizi di consulenza 293
6. Casi di non operatività del piano 294
7. Alcuni chiarimenti importanti 295
7.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione 295
7.2. Validità territoriale 295
7.3. Limiti di età 296
7.4. Gestione dei documenti di spesa 296
7.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno? 296
7.6. Foro competente 296
7.7. Reclami 296
7.8. Diritto all'oblio oncologico 297
7.9. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti 298
7.10. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione 298
8. Allegato 1 – Elenco grandi interventi chirurgici 298
9. Allegato 2– Elenco gravi eventi morbosi 302
10. Scheda anamnestica odontoiatrica 303
Piano sanitario copertura a primo rischio per i dipendenti non iscritti ad ENPAF-EMAPI 307
CCNL Previsti 307
Contribuzione 307
Operatività 307
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 307
Principali casi di non operatività 309
Nomenclatore 309
1. Benvenuto 309
2. Come utilizzare le prestazioni del piano sanitario 310
2.1. Se scegli una struttura convenzionata con Unisalute 310
2.2. Se scegli una struttura non convenzionata con Unisalute 310
2.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale 311
3. Servizi online e mobile 311
3.1. Il sito di Unisalute 311
3.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti? 311
3.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 312
3.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 312

3.1.4. Come faccio a richiedere il rimborso di una prestazione? 312
3.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 312
3.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture convenzionate? 313
3.1.7. Come posso ottenere pareri medici? 313
3.2. L'app di Unisalute 313
3.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute? 313
3.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture convenzionate? 313
3.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 314
3.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 314
4. Le persone per cui è operante la copertura 314
5. Le prestazioni del piano sanitario 314
5.1. Ricovero in istituto cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1 "Elenco grandi interventi chirurgici") 315
5.1.1. Trasporto sanitario 316
5.1.2. Trapianti 316
5.1.3. Rimpatrio della salma 316
5.1.4. Modalità di erogazione delle prestazioni 316
5.1.5. Indennità giornaliera 317
5.1.6. Limite di spesa annuo dell'area ricovero 318
5.2. Alta specializzazione 318
5.3. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici 320
5.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di un elenco specifico di patologie e interventi chirurgici 320
5.5. Pacchetto maternità 321
5.6. Protesi ortopediche e acustiche 322
5.7. Cure oncologiche 322
5.8. Prestazioni diagnostiche particolari 322
5.9. Servizio monitor salute 324
5.9.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche 325
5.10. Prestazioni odontoiatriche particolari 325
5.11. Cure dentarie da infortunio 326
5.12. Prestazioni di implantologia 326
5.12.1. Applicazione di tre o più impianti 326
5.12.2. Applicazione di due impianti 327
5.12.3. Applicazione di un impianto 327
5.13. Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia) 328
5.14. Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero 328
5.15. Lenti e occhiali 329
5.16. Servizio si sereno-Screening psicologico online 329
5.17. Nutrirsisalute-Screening di nutrizione 329
5.18. Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute 330
5.19. Servizi di consulenza 330
6. Casi di non operatività del piano 330
7. Alcuni chiarimenti importanti 331
7.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione 331
7.2. Validità territoriale 332
7.3. Limiti di età 332
7.4. Gestione dei documenti di spesa 332
7.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno? 332
7.6. Foro competente 332

7.7. Reclami 332
7.8. Diritto all'oblio oncologico 333
7.9. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti 333
7.10. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione 334
8. Allegato 1 – Elenco grandi interventi chirurgici 334
9. Scheda anamnestica odontoiatrica 337

FASIV 342

CCNL previsti 342
Operatività 342
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 343
Principali casi di non operatività 345
Nomenclatore ad erogazione diretta FASIV 345
1. Ticket sanitari 345
2. Accertamenti prenatali 346
3. Trattamenti fisioterapici per infortunio 347
4. Trattamenti fisioterapici per patologia 348
5. Cure e protesi odontoiatriche, terapie conservative e ortodonzia 348
6. Lenti da vista 349
7. Indennità da ricovero per intervento chirurgico 349
7.1. Elenco Interventi Chirurgici 350
8. Inabilità per grave evento morboso 354
8.1. Elenco Interventi Chirurgici 354
9. Dentista per i figli dai 6 ai 14 anni 355
10. Informazioni aggiuntive 355
10.1. Come chiedere un rimborso 355
10.2. Come visualizzare lo stato delle proprie pratiche 355
10.3. Estensione territoriale 356
10.4. Alcuni chiarimenti importanti 356
1. Presentazione 356
2. Introduzione 356
3. Le persone per cui è operante la copertura 356
4. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario 356
4.1. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv 356
4.2. Prestazioni in strutture non convenzionate 357
5. Servizi online e mobile 358
5.1. Il sito di UniSalute 358
5.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti? 358
5.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv 358
5.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 359
5.1.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 359
5.1.5. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv? 359
5.1.6. Come posso ottenere pareri medici? 359
5.2. L'app UniSalute 359
5.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute? 360

5.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv? 360
5.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 360
5.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 360
6. Le prestazioni del Piano sanitario 361
6.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital chirurgico/day surgery (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A) 361
6.2. Trasporto sanitario (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A) 362
6.3. Intervento chirurgico ambulatoriale (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A) 362
6.4. Neonati – figli di Iscritti 362
6.5. Massimale dell'area ricovero 362
6.6. Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale 363
6.7. Visite specialistiche 366
6.8. Cure dentarie da infortunio 366
6.9. Prestazioni di implantologia 367
6.10. Prestazioni odontoiatriche particolari 367
6.11. Prestazioni diagnostiche particolari 368
6.12. Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute 369
6.13. Servizi di consulenza 369
7. Casi di non operatività del piano 370
8. Alcuni chiarimenti importanti 371
8.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione 371
8.2. Inclusioni/esclusioni 371
8.3. Validità territoriale 372
8.4. Limiti di età 372
8.5. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 372
Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate 372
8.6. Foro competente 372
8.7. Reclami 372
8.8. Diritto all'oblio oncologico 373
8.9. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti 374
8.10. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione 374

FAST 380

CCNL Previsti 380
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 381
Principali casi di non operatività 384
Nomenclatore ad erogazione diretta FAST 385
1. Ticket sanitari 385
2. Pacchetto maternità 386
3. Trattamenti di P.M.A. (Procreazione Medicalmente Assistita) 386
4. Assistenza al lavoratore non autosufficiente 387
5. Long Care Term - Assistenza a familiari non autosufficienti 388
6. Prevenzione specifica per lavoratori affetti da Sindrome di Down 389
7. Lenti da vista 389
8. Vaccini antinfluenzali 390
9. Trattamento farmacologico dell'obesità grave 390
10. Rimborso cronicità - Visite specialistiche 391

11. Rimborso cronicità - Esami di diagnostica 392
12. Scoperto per interventi chirurgici 393
13. Riflessologia plantare 394
14. Esame genetico per predisposizione tumori 394
15. Responsività alla chemioterapia 395
16. Terapia sclerosante per capillari e varici 395
17. Polisonnografia 395
18. Parrucca per pazienti oncologici 396
19. Come chiedere un rimborso 396
20. Casi di non operatività del piano 396
21. Alcuni chiarimenti importanti 397
    21.1. Estensione territoriale 397
    21.2. Limiti di età 397
    21.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 397
1. Benvenuto 398
2. Come utilizzare le prestazioni del piano 398
    2.1. Se segni una struttura convenzionata 398
    2.2. Se segni una struttura non convenzionata 398
    2.3. Se segni il Servizio Sanitario Nazionale 399
3. Servizi online e mobile 399
    3.1. Come faccio a registrarmi al sito www.fondofast.it per accedere ai servizi nell'Area Riservata dipendenti? 400
    3.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 400
    3.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 400
    3.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 400
    3.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 400
    3.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate? 401
    3.7. Come posso ottenere pareri medici? 401
4. Le persone per cui è operante la copertura 401
5. Le prestazioni del piano sanitario 401
    5.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital/day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale (intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 8) 402
        5.1.1. Trasporto sanitario 403
        5.1.2. Day hospital chirurgico/day surgery 403
        5.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale 403
        5.1.4. Neonati 403
        5.1.5. Indennità sostitutiva 403
        5.1.6. Il limite di spesa annuo per l'area ricovero per intervento chirurgico, day hospital/day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale 404
    5.2. Diagnostica di immagine: Radiologia tradizionale 404
    5.3. Visite specialistiche 407
    5.4. Protesi/Ausili medici ortopedici 408
    5.5. Trattamenti fisioterapici 408
        5.5.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate 408
        5.5.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante 409
    5.6. Prestazioni di implantologia 409
    5.7. Avulsione (estrazione denti) 410
    5.8. Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione) 410
    5.9. Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione) 410
    5.10. Servizio Monitor Salute 411

5.10.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche 412
5.11. Servizi di consulenza 412
6. Casi di non operatività del piano 413
7. Alcuni chiarimenti importanti 414
7.1. Estensione territoriale 414
7.2. Limiti di età 414
7.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 414
Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate 414
8. Elenco interventi chirurgici 415
1. Benvenuto 418
2. Come utilizzare le prestazioni del piano 419
2.1. Se segni una struttura convenzionata 419
2.2. Se segni una struttura non convenzionata 419
2.3. Se segni il Servizio Sanitario Nazionale 420
3. Servizi online e mobile 420
3.1. Come faccio a registrarmi al sito www.fondofast.it per accedere ai servizi nell'Area Riservata dipendenti? 420
3.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 420
3.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 421
3.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 421
3.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 421
3.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate? 421
3.7. Come posso ottenere pareri medici? 421
4. Le persone per cui è operante la copertura 422
5. Le prestazioni del piano sanitario 422
5.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital/day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale (intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 8) 422
5.1.1. Trasporto sanitario 424
5.1.2. Day hospital chirurgico/day surgery 424
5.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale 424
5.1.4. Neonati 424
5.1.5. Indennità sostitutiva 424
5.1.6. Il limite di spesa annuo per l'area ricovero per intervento chirurgico, day hospital/day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale 424
5.2. Diagnostica di immagine: Radiologia tradizionale 425
5.3. Visite specialistiche 428
5.4. Protesi/Ausili medici ortopedici 428
5.5. Trattamenti fisioterapici 428
5.5.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate 429
5.5.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante 429
5.6. Prestazioni di implantologia 430
5.7. Avulsione (estrazione denti) 430
5.8. Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione) 430
5.9. Servizio Monitor Salute 431
5.9.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche 432
5.10. Servizi di consulenza 432
6. Casi di non operatività del piano 432
7. Alcuni chiarimenti importanti 434
7.1. Estensione territoriale 434
7.2. Limiti di età 434

7.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 434
Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate 434
8. Elenco interventi chirurgici 434

FONDO EST 439

CCNL Previsti 439
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 441
Principali casi di non operatività 445
Nomenclatore ad erogazione diretta Fondo Est 446
1. Pacchetto maternità 446
2. Visite specialistiche 447
3. Diagnostica 449
4. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso 454
5. Chemioterapia, radioterapia e dialisi 454
6. Lenti e occhiali 455
7. Fisioterapia 457
8. Pacchetti di riabilitazione e controllo 461
9. Agopuntura manu medica 465
10. Presidi e ausili medici ortopedici 465
11. Invalidità 466
12. Esclusioni del piano sanitario 469
Professione intramuraria 469
1. Presentazione 469
1.1. Servizi on line su www.fondoest.it 469
2. Introduzione 470
3. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario 470
3.1. Per prima cosa consultare Fondo Est 470
3.2. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale 470
3.3. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est 471
3.4. Prestazioni in strutture non convenzionate 472
4. Le prestazioni del piano sanitario 473
5. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o grave evento morboso. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia 473
5.1. Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico 474
5.1.1. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico 475
5.1.2. Trapianti 475
5.1.3. Modalità di accesso alle prestazioni 475
5.1.4. Neonati 476
5.1.5. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico 476
5.1.6. Elenco interventi chirurgici 476
5.2. Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso 479
5.2.1. Le prestazioni 481
5.2.2. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia per ricoveri medici resi necessari dalle patologie elencate in garanzia 483
6. Accertamenti diagnostici odontoiatrici 483
7. Prestazioni di ortodonzia 484
8. Prestazioni di implantologia 484
9. Avulsione (estrazione denti) 485
10. Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione) 485
11. Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione) 485

12. Servizi di consulenza 487
13. Casi di non operatività del piano 487
14. Alcuni chiarimenti importanti 488
14.1. Validità territoriale 488
14.2. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 488
15. Strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est 489
1. Presentazione 490
1.1. Servizi on line su www.fondoest.it e www.emva.it/fondoest 490
2. Introduzione 491
3. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario 491
3.1. Per prima cosa consultare www.fondoest.it o www.emva.it/fondoest 491
3.2. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale 491
3.3. Prestazioni in strutture private e in libera professione 492
4. Le prestazioni del piano sanitario 492
5. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o grave evento morboso. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia 493
5.1. Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico 493
5.1.1. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico 494
5.1.2. Trapianti 494
5.1.3. Modalità di accesso alle prestazioni 495
5.1.4. Neonati 495
5.1.5. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico 495
5.1.6. Elenco interventi chirurgici 495
5.2. Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso 498
5.2.1. Le prestazioni 499
5.2.2. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia per ricoveri medici resi necessari dalle patologie elencate in garanzia 501
6. Accertamenti diagnostici odontoiatrici 501
7. Prestazioni di ortodonzia 502
8. Prestazioni di implantologia 502
9. Avulsione (estrazione denti) 503
10. Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione) 504
11. Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione) 504
12. Servizi di consulenza 506
13. Casi di non operatività del piano 506
14. Alcuni chiarimenti importanti 507
14.1. Validità territoriale 507
14.2. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 507
1. Benvenuto 508
1.1. Perché una cassa di assistenza sanitaria integrativa? 508
1.2. Un obbligo contrattuale, completamente a carico delle aziende 508
1.3. I servizi online offerti da Unisalute per Sanimpresa 508
2. Come utilizzare le prestazioni del piano sanitario 508
2.1. Struttura convenzionata con Unisalute per Sanimpresa 508
2.2. Struttura non convenzionata con Unisalute 509
2.3. Servizio Sanitario Nazionale 510
3. Servizi online e mobile 510
3.1. Il sito di Sanimpresa 510
3.2. L'app di Unisalute 511
4. Le persone per cui è operante la copertura 511

5. Le prestazioni del piano sanitario 511
6. Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal piano sanitario base del fondo di appartenenza 512
6.1. Day-Hospital chirurgico 512
6.2. Intervento chirurgico ambulatoriale 512
6.3. Parto cesareo 513
6.4. Pancolonscopia e esofagogastroduodenoscopia operative 513
6.5. Indennità sostitutiva per ricovero con intervento (diverso da grande intervento chirurgico) 513
6.6. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero 513
7. Ospedalizzazione domiciliare 513
8. Cure oncologiche 513
9. Prestazioni diagnostiche particolari previste solo per gli iscritti con più di 60 anni 514
10. Stato di non autosufficienza consolidata/permanente 514
10.1. Condizioni di assicurabilità 514
10.2. Somma assicurata 515
10.3. Definizione dello stato di non autosufficienza 515
10.4. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della Sanimpresa 515
10.5. Richiesta e modalità di rimborso spese 517
10.6. Accertamento del perdurare stato di non autosufficienza 518
11. Fisioterapia domiciliare 518
12. Tariffe agevolate per iscritti con stati di non autosufficienza temporanea 518
13. Monitor salute 519
14. SiSereno - Prestazioni di psicoterapia online 519
15. Servizi di consulenza e assistenza 520
16. Contributi 521
17. Casi di non operatività del piano 521
18. Alcuni chiarimenti importanti 523
18.1. Inclusioni esclusioni 523
18.1.1. Nuove inclusioni in copertura 523
18.1.2. Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia 523
18.1.3. Esclusioni dalla copertura 523
18.1.4. Decorrenza e attivazione delle prestazioni 523
18.1.5. Pensionati 523
18.2. Validità territoriale 524
18.3. Limiti di età 524
18.4. Gestione dei documenti di spesa 524
18.4.1. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Sanimpresa 524
18.4.2. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute per Sanimpresa 524
18.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno? 524
Nomenclatore ad erogazione diretta Fondo Est per i figli minori 525
1. Lenti e occhiali 525
2. Diagnostica 526
3. Area diagnostica specialistica 526
4. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso 530
5. Visite specialistiche 531
6. Esclusioni del piano sanitario 532
Professione intramuraria 532
1. Presentazione 532
1.1. Servizi online su www.fondoest.it 532

2. Introduzione 533
3. Come utilizzare le prestazioni del piano sanitario 533
3.1. Per prima cosa consultare Fondo Est 533
3.2. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est 533
4. Prestazioni di ortodonzia 534
5. Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione) 534
6. Servizi di consulenza 535
7. Casi di non operatività del piano 536
8. Alcuni chiarimenti importanti 536
8.1. Validità territoriale 536
8.2. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 536
9. Strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est 537
10. Regolamento sulle prestazioni sanitarie di Fondo Est per i figli minori 538
1. Diagnostica 540
2. Area diagnostica specialistica 540
3. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso 545
4. Visite specialistiche 545
5. Esclusioni del piano sanitario 546
Professione intramuraria 546
1. Presentazione 546
1.1. Servizi online su www.fondoest.it 547
2. Introduzione 547
3. Come utilizzare le prestazioni del piano sanitario 547
3.1. Per prima cosa consultare Fondo Est 547
3.2. Prestazioni nel servizio sanitario nazionale 548
3.3. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est 548
4. Le prestazioni del piano sanitario 549
5. Accertamenti diagnostici odontoiatrici 549
6. Prestazioni di ortodonzia 550
7. Prestazioni di implantologia 550
8. Avulsione (estrazione denti) 551
9. Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione) 551
10. Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione) 552
11. Servizi di consulenza 553
12. Casi di non operatività del piano 553
13. Alcuni chiarimenti importanti 555
13.1. Validità territoriale 555
13.2. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 555
14. Strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est 555
15. Regolamento sulle prestazioni sanitarie di Fondo Est per i coniugi, (matrimonio, unioni civili) e conviventi di fatto fiscalmente a carico 556

FONTUR 560

CCNL Previsti 560
Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 561
Principali casi di non operatività 562
Nomenclatore ad erogazione diretta FONTUR 563
1. Ticket sanitari 563

2. Pacchetto maternità 563
3. Casi di non operatività del piano 564
4. Documentazione da inviare al Fondo 565
Nomenclatore ad erogazione UniSalute 566
1. Introduzione 566
2. I servizi on line su www.unisalute.it 566
3. Le persone per cui è operante la copertura 566
4. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario 566
4.1. Per prima cosa contattare il Fondo Fontur 566
4.2. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale 567
4.3. Prestazioni in strutture convenzionate con Unisalute per il Fondo Fontur 567
4.4. Prestazioni in strutture non convenzionate 568
5. Le prestazioni del Piano Sanitario 569
5.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 8) 570
5.1.1. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico 571
5.1.2. Trapianti a seguito di malattia e infortunio 571
5.1.3. Neonati 571
5.1.4. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico 571
5.1.5. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero 572
5.2. Prestazioni di diagnostica e terapia 572
5.3. Visite specialistiche 576
5.4. Prestazioni di implantologia 576
5.5. Avulsione (estrazione denti) 577
5.6. Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione) 577
5.7. Prestazioni diagnostiche particolari 577
5.8. Protesi/ausili medici ortopedici 578
5.9. Trattamenti fisioterapici riabilitativi 579
5.10. Sindrome metabolica 579
5.11. Servizi di consulenza 580
Prestazioni per i figli fiscalmente a carico 581
5.12. Visite specialistiche 581
5.13. Prevenzione dentale e protocollo ortodontico per bambini e ragazzi 581
5.13.1. Prestazioni odontoiatriche particolari 581
5.13.2. Prestazioni di igiene e profilassi dentale 581
5.13.3. Protocollo ortodontico 582
6. Casi di non operatività del piano 582
7. Alcuni chiarimenti importanti 583
7.1. Estensione territoriale 583
7.2. Limiti di età 583
7.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 583
7.4. Foro competente 583
7.5. Reclami 583
7.6. Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti 585
7.7. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione 585
8. Elenco interventi chirurgici 585

QUAS 591

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni 593
Principali casi di non operatività 597
Nomenclatore 598
Premessa generale e scopi della cassa 598
2.1. Destinatari 599
2.2. Condizioni di ammissibilità 599
2.3. Modalità di iscrizione 600
2.4. Decorrenza e durata dell'assistenza 600
2.5. Obbligo contributivo 600
2.6. Cessazione del rapporto di lavoro e regolarità contributiva 601
3.1 Modalità di versamento 602
4.1 Assistenza sanitaria in forma indiretta 603
4.2 Assistenza sanitaria in convenzione diretta 603
5.1. Modalità di presentazione 603
5.2. Termini di presentazione 604
5.3. Documentazione da presentare 604
5.4. Regole particolari 604
5.5. Modalità di erogazione dei rimborsi e prospetti liquidativi 605
5.6. Limitazioni e responsabilità 605
5.7. Riesami 605
1. Ticket 611
2. Diagnostica di laboratorio 612
3. Diagnostica per immagini 631
4. Diagnostica specialistica e strumentale 641
5. Prestazioni in gravidanza 648
6. Tutela del figlio/a nel primo anno di età 650
7. Visita specialistica 650
8. Prestazioni specialistiche 650
9. Oncologia medica (Trattamenti completi) 651
10. Terapia antalgica (Trattamenti completi) 653
11. Assistenza infermieristica 653
12. Prestazioni domiciliari per casi di impossibilità alla deambulazione autonoma 654
13. Psicoterapia individuale 654
14. Soggiorno per cure termali 654
15. Terapie fisiche 655
16. Lenti correttive 659
17. Degenze e prestazioni complementari 659
18. Interventi chirurgici 661
19. Presidi e protesi 709
20. Diaria per ricovero SSN 710
21. Trapianto di organo 711
22. Ricovero all'estero 711
23. Decesso dell'iscritto 711
24. Convenzioni dirette 711

25. Prevenzione 712
25.1. Norme comuni agli esami di prevenzione 712
25.2. Combinazioni di protocolli 713
26. Prevenzione dell'infezione del Virus Influenzale 714
27. Profilassi contro il Virus del Papilloma Umano (HPV) 714
28. Nomenclatore tariffario per le prestazioni odontoiatriche 714
28.1. Premessa 714

Glossario dei termini tecnici e sanitari 723

Conclusioni 725

CONVENZIONE CISL - UNIPOL | UNISALUTE

STARE INSIEME FA CRESCERE I VANTAGGI.



SCONTI E AGEVOLAZIONI SEMPRE UN PASSO AVANTI.

CASTELLUZZO ASSICURATORI

via del Commercio, 36 - 00154 Roma
www.castelluzzoassicuratori.it
info@castelluzzoassicuratori.it
065400751 - 065410121

Unipol

CASTELLUZZO ASSICURATORI

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Messaggio pubblicitario. *Prima della sottoscrizione leggere il set informativo pubblicato sul sito internet www.unipol.it*

Scegli una protezione sempre un passo avanti.

Con la **Convenzione Unipol | UniSalute** hai accesso a sconti o agevolazioni e molti **vantaggi esclusivi dedicati a te** e a tutto il tuo mondo.
Scopri come **tutelarti** al meglio **in ogni momento** della giornata, a casa, in auto, nel tempo libero e quando pensi ai tuoi risparmi.



VEICOLI E MOBILITA'

VUOI MUOVERTI AL SICURO?

Veicoli e Mobilità prevede coperture dedicate alla protezione di veicoli (auto, moto, autocarro…) e alla mobilità della persona a prescindere dal mezzo di trasporto utilizzato (bici, monopattino, veicolo in sharing …).

-6% WELCOME BONUS PER I NUOVI CLIENTI AUTO E MOTO

-30% INCENDIO E FURTO SU AUTO, MOTOCICLI E CICLOMOTORI



CASA E FAMIGLIA

CASA&FAMIGLIA PROTETTI IN OGNI MOMENTO?

L'area Casa e Famiglia prevede coperture dedicate alla protezione delle abitazioni, del patrimonio del cliente, degli animali domestici e dei viaggi. Si articola in quattro Ambiti di Protezione: Casa, Famiglia, Viaggio, Cane e Gatto.

FINO AL -25%



PERSONA

VUOI TUTELARE LA TUA SALUTE H24?

L'area Persona prevede coperture dedicate alla protezione del cliente nei casi di infortunio e malattia. Si articola in due Ambiti di Protezione: Infortuni e Salute.

FINO AL -20%



RISPARMIO E INVESTIMENTO

VUOI VALORIZZARE I TUOI RISPARMI?

Investi e proteggi i tuoi risparmi con le nostre offerte, garantendo un futuro sereno alla tua famiglia.

-COSTI

Scarica l'App Unipol.

Acquisti e rinnovi le polizze, gestisci i sinistri,
ricevi assistenza e tutti i servizi sono disponibili h24!

DISPONIBILE SU Google Play | Scarica su App Store

Unipol

CASTELLUZZO ASSICURATORI

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale, nato alla fine degli anni Settanta grazie ad una riforma che si fonda sui principi di equità, gratuità e accesso universale alle cure, sta vivendo oggi un periodo di grande trasformazione e di forte pressione finanziaria. La continua diminuzione delle risorse pubbliche, insieme a vincoli di bilancio sempre più severi, ha ridotto la capacità delle strutture pubbliche di rispondere alla crescente domanda di assistenza sanitaria. Questo ha portato ad un evidente allungamento dei tempi di attesa per visite specialistiche, diagnostica per immagini e interventi chirurgici non urgenti, costringendo un numero sempre maggiore di cittadini a utilizzare i propri risparmi per ottenere prestazioni mediche in tempi più rapidi.

A questo quadro di sofferenza organizzativa si aggiunge una trasformazione demografica ed epidemiologica senza precedenti. Da anni, l'Italia si colloca tra i Paesi con il più alto indice di invecchiamento al mondo: l'aumento della speranza di vita, insieme alla diminuzione delle nascite, ha spostato l'attenzione dai bisogni sanitari legati all'emergenza acuta verso una gestione continua ed integrata delle malattie cronico-degenerative. Malattie come quelle cardiovascolari, il diabete, i disturbi respiratori cronici ed i tumori richiedono percorsi di cura che si estendono nel tempo, spesso oltre le mura dell'ospedale, per abbracciare anche il contesto domestico e familiare.

Oggi, il problema della non autosufficienza tra le persone anziane è diventato un'emergenza sociale evidente. La perdita delle autonomie nelle attività quotidiane comporta un pesante onere assistenziale ed economico per le famiglie, che storicamente non hanno accesso a reti pubbliche di supporto socio-sanitario ben strutturate. Inoltre, molte aree della salute, come l'odontoiatria e la prevenzione diagnostica periodica, sono sempre state trascurate dai Livelli Essenziali di Assistenza forniti dallo Stato. Questo non solo pesa sul reddito delle famiglie, ma contribuisce anche a creare nuove forme di disuguaglianza nell'accesso alle cure.

In un contesto in cui le tutele pubbliche stanno progressivamente diminuendo, la contrattazione collettiva tra le associazioni dei datori di lavoro ed i sindacati dei lavoratori ha assunto un'importanza cruciale ed un valore sociale straordinario. Le Parti Sociali, consapevoli che proteggere il salario reale non significa solo adeguare le retribuzioni monetarie, ma anche costruire una rete di protezione sociale robusta, hanno elevato la bilateralità e la sanità integrativa a veri e propri pilastri del sistema lavorativo italiano.

L'inserimento della copertura sanitaria nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dei principali settori economici — che spaziano dal commercio al turismo, dai servizi di pulizia e multiservizi agli studi professionali, fino al settore socio-sanitario e alla cooperazione — ha cambiato radicalmente il modo in cui viene vista l'assistenza sanitaria. Da semplice benefit aziendale, ora è diventata un diritto contrattuale ben definito, parte integrante del trattamento economico e normativo dei lavoratori.

La natura giuridica e la filosofia operativa di questi Fondi e Casse di Assistenza sono davvero diverse da quelle delle compagnie assicurative commerciali che troviamo nel mercato libero. I Fondi di categoria, infatti, nascono su basi paritarie, gestiti in modo collaborativo dai rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori, e operano senza alcun scopo di lucro. La loro missione non è quella di selezionare il rischio o di generare profitti per gli azionisti, ma piuttosto di promuovere la solidarietà tra le categorie e garantire la massima redistribuzione delle risorse a favore degli iscritti.

Tutti i lavoratori coperti dal contratto collettivo godono delle stesse tutele, senza distinzione di età, condizioni di salute preesistenti o livello di reddito. Questo sistema si sostiene grazie ai contributi stabiliti dalla contrattazione collettiva, che sono per la maggior parte versati dai datori di lavoro. In questo modo, si crea un meccanismo fortemente solidaristico che redistribuisce le risorse all'interno dell'intera comunità di lavoratori del settore.

L'organizzazione delle tutele nei Nomenclatori dei Fondi sanitari è pensata per seguire un piano strategico che mira a garantire la copertura dell'intero percorso di salute dell'individuo. L'accesso ai servizi avviene tramite varie modalità operative, progettate per bilanciare la facilità d'uso per gli iscritti con la sostenibilità economica complessiva del sistema.

Il modello di assistenza scelto si basa sull'Assistenza Diretta, che opera all'interno di una rete di strutture sanitarie, cliniche, centri diagnostici e studi odontoiatrici convenzionati. In questo sistema, chi è iscritto può ricevere le prestazioni senza dover anticipare alcun pagamento, poiché il Fondo si occupa di saldare direttamente la fattura con la struttura, coprendo l'intero importo o lasciando a carico del paziente solo eventuali piccole franchigie o scoperti già stabiliti. Inoltre, l'uso della rete convenzionata assicura standard qualitativi elevati, percorsi clinici monitorati e tempi di attesa notevolmente ridotti rispetto al servizio pubblico.

Oltre all'assistenza diretta, i Fondi offrono anche la libertà di scegliere il medico e la struttura grazie all'Assistenza Indiretta a rimborso. Questo permette ai lavoratori di richiedere il rimborso delle spese sostenute presso strutture non convenzionate o da professionisti di fiducia, sempre nel rispetto dei massimali e delle tabelle stabilite dai vari regolamenti..

Un capitolo davvero cruciale riguarda l'integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale. Invece di competere con la sanità pubblica, i Fondi sanitari di categoria si impegnano a valorizzarla e sostenerla. Offrono infatti il rimborso totale o quasi dei ticket sanitari che gli iscritti devono pagare per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e prestazioni di pronto soccorso. Inoltre, nel caso di ricovero per intervento chirurgico o di degenza ospedaliera a causa di gravi patologie, che avviene interamente a carico del sistema pubblico, i Fondi forniscono indennità giornaliere sostitutive da ricovero. Questo rappresenta un aiuto economico concreto per il lavoratore e la sua famiglia durante il periodo di inabilità al lavoro.

Dal punto di vista clinico e preventivo, i Nomenclatori coprono un ampio spettro che va dai grandi interventi chirurgici a tecnologie diagnostiche avanzate come risonanze magnetiche, TAC e PET. Non dimentichiamo la fisioterapia riabilitativa, fondamentale dopo un infortunio o un intervento chirurgico. Un'attenzione particolare è dedicata alle cure odontoiatriche e all'implantologia, che rappresentano una delle spese private più pesanti per le famiglie italiane. Inoltre, ci sono programmi di prevenzione cardiovascolare e oncologica che gli iscritti possono attivare autonomamente, a seconda della loro età e sesso. Negli ultimi anni, abbiamo visto anche l'emergere dei servizi di telemedicina e telemonitoraggio, che permettono di gestire a distanza le principali patologie croniche.

Negli ultimi dieci anni, la sanità integrativa ha vissuto un cambiamento davvero importante: si è passati da una visione focalizzata solo sul singolo lavoratore ad un approccio che abbraccia l'intera famiglia. Oggi, i Nomenclatori di categoria si stanno trasformando in strumenti fondamentali per la politica sociale e per promuovere la parità di genere.

In questo contesto, la protezione della maternità e della genitorialità è diventata fondamentale. I Piani Sanitari offrono pacchetti completi per la gravidanza, che includono tutti gli esami ematochimici, le visite ginecologiche di controllo, le ecografie ostetriche e anche i test genetici prenatali più avanzati, utili per la diagnosi precoce di anomalie cromosomiche. Sono previsti anche contributi specifici per l'anestesia epidurale, indennità in caso di parto o interruzione terapeutica, e percorsi di supporto psicologico per affrontare il periodo post-partum. Inoltre, la protezione si estende al neonato nei suoi primi anni di vita, coprendo interventi chirurgici per correggere malformazioni congenite, visite pediatriche e offrendo anche sussidi economici diretti per la frequenza degli asili nido, oltre a contributi per i percorsi di procreazione medicalmente assistita e per le pratiche di adozione.

In modo simile, l'attenzione dedicata all'infanzia e all'adolescenza si traduce in protocolli per la prevenzione e la cura dentale dei bambini, rimborsi regolari per l'acquisto di occhiali e lenti correttive, e persino contributi per affrontare in modo specialistico disturbi dell'apprendimento, del linguaggio o dello sviluppo evolutivo.

Infine, la sfida drammatica della non autosufficienza trova una risposta nei capitoli dedicati alla Long Term Care. Quando si verifica la perdita permanente della capacità di svolgere autonomamente le attività quotidiane più semplici, i Fondi offrono agli iscritti rendite mensili vitalizie o rimborsi per attivare Piani Assistenziali Individualizzati. Grazie a questi strumenti, il lavoratore o i suoi familiari possono ricevere assistenza a domicilio da operatori socio-sanitari, infermieri e fisioterapisti, oppure ottenere un contributo economico per coprire le spese di ricovero in Residenze Sanitarie Assistenziali. Inoltre, molte Casse e Fondi di categoria hanno ampliato queste garanzie per includere i genitori anziani o i familiari disabili a carico del lavoratore, offrendo un supporto concreto al difficile compito quotidiano dei caregiver familiari.

Questa pubblicazione è stata creata per mettere ordine e uniformità in tutta la vasta gamma di informazioni, regolamenti e nomenclatori che caratterizzano il mondo della sanità integrativa nel nostro Paese. Il volume è suddiviso in sezioni monografiche, ognuna dedicata a un singolo Fondo di Categoria o Cassa di Assistenza, organizzate in una sequenza logica pensata per facilitare la consultazione da parte di operatori del settore, delegati sindacali, esperti nella gestione delle risorse umane e lavoratori singoli.

In questo testo, per ogni Fondo o Cassa analizzati, il lettore troverà una presentazione concisa delle Parti Sociali coinvolte e del contesto contrattuale di riferimento. A seguire, ci sarà una descrizione dettagliata delle regole riguardanti l'iscrizione, i contributi e l'attivazione delle garanzie. Una prima tabella riepilogativa offre una panoramica immediata sui massimali annui disponibili, sui regimi di erogazione previsti per ciascuna prestazione e sulle eventuali franchigie che potrebbero gravare sull'assistito.

In questo volume troverai un'analisi approfondita di ogni tipo di garanzia, che spazia dalla chirurgia alla diagnostica, dall'odontoiatria alla prevenzione e ai sussidi familiari. Vengono messi in evidenza i limiti, i casi in cui la copertura non è valida e le condizioni di esclusione. È stata dedicata particolare attenzione a spiegare le procedure operative corrette che gli iscritti devono seguire per presentare le richieste di rimborso o per prenotare direttamente una prestazione. Inoltre, sono chiariti i termini di scadenza e la documentazione medica e fiscale necessaria.

A questo proposito, è importante sottolineare che per accedere alla maggior parte delle prestazioni sanitarie è necessaria una prescrizione medica chiara, che indichi esplicitamente la patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita o l'accertamento. La mancanza di un quesito diagnostico preciso è, infatti, la principale causa di rifiuto delle richieste di rimborso. Inoltre, il rispetto delle normative attuali sul Diritto all'Oblio Oncologico assicura che chi è guarito da malattie oncologiche da oltre dieci anni non debba dichiarare il proprio passato sanitario, proteggendo così la sua riservatezza e garantendo un trattamento equo nell'accesso alle prestazioni.

Il volume esplora i principali enti integrativi che formano la spina dorsale del welfare contrattuale in Italia:

Nel campo socio-sanitario, assistenziale, troviamo AGIDAE SALUS, un fondo dedicato al personale degli istituti religiosi. Questo fondo si distingue per la sua vasta copertura, focalizzandosi sulla protezione in caso di ricovero, sulla prevenzione e sul supporto per la non autosufficienza.

Nel settore dei servizi integrati, come la pulizia e multiservizi, troviamo il Fondo ASIM. Questo fondo offre ai suoi iscritti una protezione specifica per interventi chirurgici importanti, per la diagnostica specialistica e per un programma completo di Long Term Care che dura tutta la vita.

Nel vasto panorama del commercio, del terziario e del turismo sostenuto dall'area Confesercenti, il Fondo ASTER si distingue per la sua gestione flessibile. Questo fondo offre un supporto che spazia dalla rete di convenzioni a sussidi diretti per coprire spese come ticket sanitari, ausili visivi, parrucche oncologiche e assistenza per i familiari con disabilità.

I professionisti possono contare su CADIPROF, uno dei fondi più avanzati in termini di prestazioni per le famiglie. Questo fondo non solo offre assistenza medica e odontoiatrica, ma include anche supporti per la maternità, l'asilo nido, la pediatria e la psicologia.

Il lavoro domestico è protetto dalla CASSA COLF, che offre ai collaboratori familiari, badanti e baby-sitter una serie di vantaggi come indennità giornaliere per ricoveri, contributi per la maternità, rimborsi per ticket e ausili ortopedici.

I dipendenti che lavorano per i proprietari di fabbricati e stabili urbani possono contare sulla CASSA PORTIERI, la quale propone una serie di pacchetti che includono prevenzione, rimborso per ticket, implantologia dentale e ausili sanitari.

Nel mondo delle cooperative di consumo, troviamo COOPERSALUTE, che offre un piano sanitario pensato per coprire i ricoveri chirurgici, garantire diagnosi altamente specializzate e proteggere i figli minori a carico.

La distribuzione dei farmaci e le aziende farmaceutiche sono supportate da FASIFAR, che offre piani di assistenza a primo rischio e massimali elevati per interventi chirurgici, oculistica e attività di prevenzione.

Nel mondo della vigilanza privata e dei servizi di custodia, troviamo FASIV, un'azienda che si distingue per il suo approccio a doppio binario. Questa strategia combina le garanzie per ricoveri e diagnostica, gestite in rete, con rimborsi diretti per ticket e fisioterapia.

Il settore turistico e alberghiero può contare su FAST e FONTUR come veri e propri punti di riferimento, offrendo ampie garanzie per la prevenzione, la maternità, la procreazione assistita e la gestione delle malattie croniche.

Il panorama si arricchisce con FONDO EST, il fondo integrativo nazionale più grande per numero di assistiti nel settore terziario e nei servizi. A questo si aggiunge QuAS, la cassa di assistenza sanitaria pensata per i quadri, che offre coperture di altissimo livello per interventi, diagnostica avanzata, odontoiatria e supporto per la non autosufficienza.

AGIDAE sALUS

SETTORE SOCIO - SANITARIO

AGIDAE SALUS SOCIO SANITARIO è il Fondo che garantisce l'assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti degli Enti Religiosi in attuazione del CCNL AGIDAE Socio - Sanitario - Assistenziale.



Costituito l'8 gennaio 2019 come associazione senza scopo di lucro, AGIDAE SALUS Socio Sanitario è il Fondo nato per garantire un sistema solido e completo di assistenza sanitaria integrativa a favore del personale dipendente regolato dal CCNL AGIDAE Socio-Sanitario-Assistenziale.

L'accesso alle tutele del Fondo è ampio e inclusivo: l'iscrizione, effettuata direttamente dal Datore di Lavoro, spetta a tutti i lavoratori assunti con contratto a tempo indeterminato (sia a tempo pieno sia parziale) e a quelli con contratto a tempo determinato di durata superiore a tre mesi. L'efficacia della copertura sanitaria si estende inoltre al nucleo familiare, includendo i figli fiscalmente a carico fino al compimento del ventunesimo anno di età, a condizione che il genitore aderente ne perfezioni la registrazione all'interno dell'apposita area riservata del Sistema di Gestione delle Adesioni.

Il piano sanitario eroga le proprie prestazioni garantendo una tutela diretta e integrativa "a primo rischio", coprendo un ventaglio esteso di esigenze sanitarie e di prevenzione che spazia dai ricoveri e dagli interventi chirurgici alle visite specialistiche, dagli accertamenti diagnostici ai trattamenti fisioterapici, fino alle cure odontoiatriche.

Accanto alla primaria attività assistenziale, AGIDAE SALUS si impegna attivamente nel miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti. A questo scopo, previe intese specifiche tra le parti costituenti, il Fondo promuove e incentiva progetti di studio e ricerca incentrati sui temi della salute, del benessere e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Per l'erogazione dei servizi e il supporto agli iscritti nella gestione delle pratiche, il Fondo si avvale della collaborazione di Generali Italia S.p.A., mettendo a disposizione canali di contatto dedicati e assistenza telefonica sia dall'Italia che dall'estero.

CCNL previsti

- CCNL AGIDAE Settore Socio-Sanitario-Assistenziale

Personale interessato:

- Lavoratori e dipendenti degli enti religiosi operanti nel settore socio-sanitario, assistenziale e socio-educativo.

Contribuzione

- **7,59 € mensili**:
- **5,42 €** sono a carico del **datore di lavoro**.
- **2,17 €** sono a carico del **lavoratore**.

Operatività

Ricovero per intervento, parto e grave evento morboso, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, fisioterapia, prevenzione, prevenzione odontoiatrica, odontoiatria, interventi chirurgici extra ricovero odontoiatrici, stati di non autosufficienza

Contatti utili: Numero Verde Genarali Italia S.p.A. 800.725444 (dall'estero +39 02.82951114)

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Ricovero con Intervento Chirurgico	Diretta SSN	• Convenzionata: Franchigia € 2.000 • SSN: Rimborso integrale ticket	• Massimale annuo area ricovero: € 100.000,00 nucleo familiare (massimale cumulato per ricoveri chirurgici, medici e parto).	Comprende pre-ricovero (120 gg prima), intervento (robot max € 2.500), degenza, accompagnatore, infermiere privato (max € 60/gg) e post-ricovero (120 gg dopo).
Ricovero per Grave Evento Morboso	Diretta SSN	• Convenzionata: Franchigia € 500 • SSN: Rimborso integrale ticket	Condivide il massimale di € 100.000,00 annui per nucleo familiare con i ricoveri chirurgici e il parto.	Riservato a specifiche patologie gravi (es. infarto, insufficienza renale cronica, tumori, SLA, Alzheimer, coma, ecc.).
Parto (Cesareo / Non cesareo / Domiciliare)	Diretta SSN	• Convenzionata: Franchigia € 2.000 • SSN: Rimborso integrale ticket	• Parto cesareo: max € 8.000,00 per anno e nucleo familiare • Parto non cesareo/ domiciliare: max € 5.000,00 per anno e nucleo familiare	Condivide il massimale generale di € 100.000,00 per nucleo familiare.
Trasporto Sanitario	Indiretta (Rimborso)	Nessuno	Massimale di € 1.500,00 per ricovero	Ambulanza, unità coronarica mobile, aereo sanitario per ricovero, trasferimento o rientro.
Interventi Chirurgici Neonati (1° Anno)	Indiretta Diretta	Secondo le regole generali	Massimale annuo di € 13.000,00 per nucleo familiare	Per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita (visite, accertamenti, ricovero e accompagnatore).
Indennità Sostitutiva per Ricovero	Indiretta	Nessuno	• € 50,00/giorno (max 90 giorni per ricovero/anno) • € 50,00/giorno per parto (max 30 giorni)	Spetta se non si richiede alcun rimborso per il ricovero/parto e per ogni notte trascorsa nell'istituto di cura.
Visite specialistiche	Diretta SSN	Quota a carico € 66,00 per visita specialistica SSN: Franchigia € 10,00	Disponibilità annua: € 1.000,00 per nucleo familiare	Escluse visite pediatriche di routine e odontoiatriche/ortodontiche. Inclusa la prima visita psichiatrica.
Accertamenti diagnostici	Diretta SSN	Quota a carico € 90,00 per accertamento SSN: Franchigia € 10,00	Disponibilità annua: € 500,00 per nucleo familiare	Esclusi accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Richiesta prescrizione con patologia.
Trattamenti fisioterapici	Diretta SSN	Quota a carico € 66,00 per trattamento SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 1.500,00 per nucleo familiare	A seguito di infortunio (con certificato di Pronto Soccorso) o post-ricovero chirurgico. Escluse palestre o centri benessere.
Prestazioni Odontoiatriche Particolari	Diretta	Pagamento del 50% a carico dell'iscritto (il Fondo copre il 50%)	Fruibile una volta l'anno	Comprende visita specialistica e ablazione del tartaro con ultrasuoni (da effettuare in un'unica soluzione).
Odontoiatria: Cure, Terapie, Protesi e Ortodonzia	Diretta SSN	Pagamento del 50% a carico dell'iscritto (il Fondo copre il 50%) SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 350,00 per nucleo familiare	Per applicazione, riparazione e sostituzione di protesi, cure, terapie conservative e ortodonzia. Richiesta scheda anamnestica.
Interventi Chirurgici Odontoiatrici extra-ricovero	Diretta SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 350,00 per nucleo familiare	Per patologie specifiche (osteiti mascellari, cisti, adamantinoma, odontoma, ascesso con strumento endodontico) e implantologia correlata.
Prestazioni Diagnostiche Particolari (Prevenzione)	Diretta	Nessuno	1 pacchetto all'anno (scelto tra cardiologico, gastroenterologico, ginecologico, senologico, oftalmologico, urologico, pediatrico o otorinolaringoiatrico)	Operante per il titolare (e pacchetti specifici per figli in base all'età).
Stati di Non Autosufficienza	Diretta Indiretta (rette RSA)	Nessuno	Somma mensile garantita di € 600,00 (per un massimo di 3 anni).	Previa valutazione multidimensionale e stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) al raggiungimento di almeno 40 punti nello schema di autonomia.

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Difetti e malformazioni preesistenti: Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- Malattie mentali e psichiche: La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.
- Cure odontoiatriche generali: Le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo quanto espressamente previsto nelle sezioni dedicate).
- Finalità estetiche: Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto.
- Ricoveri per cure ambulatoriali: I ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere eseguiti anche in regime ambulatoriale.
- Infertilità e fecondazione artificiale: Gli accertamenti per l'infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale.
- Assistenza di terzi e lunga degenza: I ricoveri causati dalla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri di lunga degenza a carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Protesi ortopediche: Gli interventi per la sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.
- Abuso di alcol, psicofarmaci o stupefacenti: Il trattamento delle malattie e gli infortuni conseguenti all'abuso di alcol e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni.
- Sport estremi e pericolosi: Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi (quali sport aerei, motoristici, automobilistici, free-climbing, rafting e alpinismo estremo) e la partecipazione alle relative gare e prove di allenamento.
- Azioni dolose e colpose gravi: Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato, nonché le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse con dolo o colpa grave.
- Fattori nucleari e radiazioni: 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.
- Eventi catastrofici ed atmosferici: Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.
- Medicina non ufficiale: Le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici.
- Terapie mediche e pandemie: Tutte le terapie mediche (comprese le iniezioni intravitreali) e le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Nomenclatore

1. Ricovero

1.1. Ricovero con intervento chirurgico

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per effettuare cure chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

a) **Pre-ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) **Intervento chirurgico**

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

Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, la Società liquida le spese con il massimo di 2.500 euro per ricovero.

c) **Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) **Rette di degenza**

Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

e) **Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) **Post-ricovero**

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

1.1.1. Modalità e massimale

a) **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia S.p.A. ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da **Generali Italia S.p.A.** alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di una franchigia di € 2000,00 per ogni ricovero o day hospital chirurgico, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "trasporto sanitario individuale" che vengono rimborsate all'assicurato nei limiti previsti ai punti indicati e delle coperture relative a "Neonati" e "Parto", che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti specifici previsti.

b) **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia S.p.A.**

In assenza di strutture o medici convenzionate con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con una franchigia di €850,00 per ogni ricovero o Day Hospital chirurgico.

c) **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

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

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva". Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) o b) precedenti.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni relativo alle sezioni "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico", "Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso" e "Parto", corrisponde a € 100.000,00 per nucleo familiare.

1.2. Ricovero per grave evento morboso

Di seguito l'elenco dei gravi eventi morbosi in copertura:

• **Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:**
• Ulcere torpide e decubiti
• Sovrainfezioni
• 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
- Cardiopatia 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
- Cronica riacutizzata
- Con ventilazione domiciliare
- Insufficienza renale acuta
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale
- Neoplasia 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

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per effettuare delle cure, a causa di gravi eventi morbosi può godere delle seguenti prestazioni:

a) **Pre-ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) **Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

c) **Rette di degenza**

Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

d) **Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

e) **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) **Post-ricovero**

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

1.2.1. Modalità e massimale

a) **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia S.p.A. ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Generali Italia S.p.A. alle strutture sanitarie convenzionate, c**on l'applicazione di una franchigia di € 500,00 per ogni ricovero**, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "trasporto sanitario individuale" che vengono rimborsate all'assicurato nei limiti previsti ai punti indicati e delle coperture relative a "Neonati" e "Parto", che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti specifici previsti.

b) **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia S.p.A.**

In assenza di strutture o medici convenzionate con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese vengono rimborsate all'assicurato senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

c) **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

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

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva". Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) o b) precedenti.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni relativo alle sezioni "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico", "Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso" e "Parto", corrisponde a € 100.000,00 per nucleo familiare.

1.3. Parto

1.3.1. Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con Generali Italia S.p.A., questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste nella sezione **Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico**, ai paragrafi: "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Accompagnatore", "Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 8.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

1.3.2. Parto non cesareo e parto domiciliare

In caso di parto non cesareo e parto domiciliare effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni relative alla sezione **Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico** ai paragrafi: "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure" e "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni Post-ricovero vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti dal paragrafo "Post-ricovero", mentre per il **Trasporto sanitario** resta il limite indicato nella sezione omonima.

In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia Trasporto sanitario.

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

1.3.3. Modalità e massimale

a) **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia S.p.A. ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da **Generali Italia S.p.A.** alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di una franchigia di € 2000,00 per ogni ricovero o day hospital chirurgico, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "trasporto sanitario individuale" che vengono rimborsate all'assicurato nei limiti previsti ai punti indicati e delle coperture relative a "Neonati" e "Parto", che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti specifici previsti.

b) **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia S.p.A.**

In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con una franchigia di €500 ad eccezione delle coperture, "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale", "trasporto sanitario", "neonati" e "parto" che prevedono specifici limiti.

c) **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

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

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva". Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) o b) precedenti.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni relativo alle sezioni "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico", "Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso" e "Parto", corrisponde a € 100.000,00 per nucleo familiare.

1.4. Day Hospital

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

Nel caso di day-hospital medico per grave evento morboso (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte nella sezione **Ricovero per grave evento morboso** con i relativi limiti in essa indicati.

In ogni caso questa copertura non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

1.5. 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 € 1.500,00 per ricovero.**

1.6. Trapianti

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

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

1.7. Neonati

Il piano sanitario prevede il pagamento delle spese per interventi effettuati nei primi 2 anni di vita del neonato per la **correzione di malformazioni congenite** per le prestazioni previste nella sezione **Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico** per quanto riguarda i paragrafi "Pre-ricovero", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Accompagnatore" e "Post-ricovero" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad **un massimo di € 13.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare**, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

1.8. Indennità sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a Generali Italia S.p.A., né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a **un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero per anno assicurativo, per nucleo famigliare.**

Nel caso di "Parto", l'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a Generali Italia S.p.A., né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a **un'indennità di €50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ricovero per anno assicurativo, per nucleo famigliare.**

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

2. Visite specialistiche

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Perché si attivi la garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia S.p.A. e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Generali Italia S.p.A., con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 66,00 per ogni visita specialistica**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia S.p.A.

In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con una franchigia di €55,00 per ogni visita specialistica.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Generali Italia S.p.A. rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 10,00 per ogni ticket.**

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

3. Accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per a**ccertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio** con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per ottenere il rimborso è necessario che l'assicurato alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia S.p.A. e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Generali Italia S.p.A., con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 90,00 per ogni accertamento diagnostico**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia S.p.A.

In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con una franchigia di **€ 55,00 per ogni accertamento diagnostico**.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Generali Italia S.p.A. rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 10,00 per ogni ticket.**

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

4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

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

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia S.p.A. ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Generali Italia S.p.A., con l'applicazione di un **minimo non indennizzabile di € 66,00 per ogni trattamento fisioterapico riabilitativo**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia S.p.A.

In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Generali Italia S.p.A. rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

5. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto nella sezione **Casi di non operatività** del Piano, il Piano sanitario provvede al pagamento di **una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno** in strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia S.p.A. indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con Generali Italia S.p.A., la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, Generali Italia S.p.A. provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente.

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Generali Italia S.p.A. alle strutture stesse, con **l'applicazione di uno scoperto del 50% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata** con Generali Italia S.p.A. al momento dell'emissione della fattura.

6. Cure Odontoiatriche, Terapie Conservative, Protesi Odontoiatriche, Ortodonzia e Prestazioni Diagnostiche di tipo Odontoiatrico e Ortodontico

In deroga a quanto previsto nella sezione "**Casi di non operatività del Piano**", il Piano sanitario **provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribassamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.**

Sono comprese le sedute di ablazione tartaro solo se inserite in un piano di cure.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia S.p.A. ed effettuate da medici convenzionati:

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Generali Italia S.p.A. alle strutture stesse, con **l'applicazione di uno scoperto del 50% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata** all'atto dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia S.p.A.:

In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione **di uno scoperto del 50%**. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleghi alla fattura la scheda anamnestica compilata dal medico curante (dentista). Nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Generali Italia S.p.A. rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

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

7. Interventi Chirurgici Odontoiatrici extra-ricovero

In deroga di quanto previsto al capitolo **Casi di non operatività** del Piano, il Piano sanitario **liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie** compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura sanitaria purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;

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

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

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

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Generali Italia S.p.A. ed effettuate da medici convenzionati:

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da Generali Italia S.p.A. alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Generali Italia S.p.A.:

In assenza di strutture o medici convenzionati con Generali Welion entro 30 km dalla residenza o domicilio abituale dell'Assicurato, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate integralmente all'Assicurato senza applicazione di alcun importo a suo carico.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:

Generali Italia S.p.A. rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per nucleo famigliare.

8. Prestazioni diagnostiche particolari

Garanzia operante per il solo titolare, presso strutture convenzionate con Generali Welion. L'assicurato potrà scegliere un pacchetto all'anno a scelta tra quelli sotto evidenziati fruibile in un'unica soluzione.

- **Prevenzione cardiologica**
- Visita specialistica cardiologica con ECG
- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Colesterolemia (HDL, LDL e Totale) e Trigliceridi
- Omocisteina
- Glicemia, PCR
- Quadro elettrolitico
- Ecocardiogramma
- **Prevenzione gastroenterologica**
- Visita specialistica gastroenterologica o internistica
- ALT, AST, LDH, FA (fosfatasi alcalinica), GGT, Amilasi
- Glicemia, Sideremia, Bilirubinemia, Emocromo
- Colesterolemia (HDL, LDL e Totale) e Trigliceridi
- Markers epatici B e C
- Ricerca sangue occulto feci (1 campione)
- Ecografia addome completo
- **Prevenzione ginecologica**
- Visita specialistica ginecologica
- Citologico vaginale - Pap-test
- HPV ricerca papilloma virus
- Ecografia pelvica transvaginale o sovrapubica

- **Prevenzione senologica completa**
- Visita specialistica senologica
- Mammografia bilaterale
- Ecografia mammaria
- **Prevenzione Oftalmologica**
- Visita oculistica
- Studio fundus oculi
- Tono oculare
- Misurazione del visus
- Pachimetria
- Test di Schirmer (test lacrimale)
- Topografia corneale
- **Prevenzione urologica**
- Visita specialistica urologica
- Ecografia addome inferiore (studio prostata e vie urinarie)
- PSA totale e libero
- Esame completo delle urine
- Azotemia e creatininemia
- **Prevenzione pediatrica generica (garanzia operante per i figli minori di un anno)**
- Visita pediatrica con raccolta anamnestica
- Valutazione auxologica
- **Prevenzione otorinolaringoiatrica minori (garanzia operante per i figli con età compresa tra 1 e 10 anni compiuti)**
- Visita otorinolaringoiatrica
- Saturimetria
- **Prevenzione pediatrica 11-16 anni (garanzia operante per i figli con età compresa tra 11 e 16 anni compiuti)**
- Visita pediatrica
- Visita ortopedica
- Visita dermatologica o dietologica

8.1. Pacchetto per il controllo della crescita

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

Questa garanzia è operante per i figli minori di un anno

Prevenzione per il controllo della crescita

- Visita auxologica
- Ecografia per il controllo delle anche.

8.2. Pacchetto Otorinolaringoiatrico

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

Questa garanzia è operante per i figli con età compresa tra 1 e 10 anni compiuti

Prevenzione otorinolaringoiatrica

- Visita otorino;
- Diagnostica otorino;

8.3. Pacchetto Ortopedico

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

Questa garanzia è operante per i figli con età compresa tra 11 e 20 anni compiuti

Prevenzione ortopedica

- Visita ortopedica per la valutazione posturale;

8.4. Diagnosi Comparativa

SECOND OPINION INTERNAZIONALE

Si tratta di una prestazione che consente di usufruire di consulenze di alta specializzazione, nonché di ottenere una valutazione clinico-diagnostica, in un ampio spettro di patologie, su casi che comportano un dubbio diagnostico e/o terapeutico.

La prestazione viene erogata utilizzando una rete di centri clinici di primaria importanza internazionale.

La prestazione presuppone una prima impostazione clinica fatta dal medico curante e la necessità di ottenere un parere da parte di specialisti internazionali della materia.

La prestazione è erogata utilizzando un sistema sicuro di comunicazione dei dati clinico-diagnostici, preventivamente inviati dall'Assicurato.

Erogazione della prestazione

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale è già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, e desidera richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica: verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa di Europ Assistance, messo in contatto con la Centri Clinici per l'erogazione di un secondo parere medico. I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti al Centro Medico Internazionale di riferimento per la patologia sofferta dall'assicurato. Tutti i dati clinici saranno trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento. Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula la propria risposta scritta, che viene inviata alla Struttura Organizzativa che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance spiegando il caso clinico per il quale richiede il secondo parere e fornendo tutta la documentazione medica a supporto dell'inquadramento del caso.

9. Stati di non autosufficienza

Generali Italia S.p.A., nel limite della somma mensile di cui al punto successivo "**Somma garantita**", garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nella sezione "**Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza**", sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

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

Somma garantita

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto D**efinizione dello stato di non autosufficienza** corrisponde a **€ 600,00,** da erogarsi per un massimo di tre anni.

Termine per l'indennizzo

Generali Italia S.p.A. riconoscerà l'indennizzo se l'Assicurato si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla compagnia dello stato di non autosufficienza.

9.1. Definizione dello stato di non autosufficienza

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

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

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema "**Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza**" che è riportato nella guida al piano sanitario.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti.

9.2. Piano Assistenziale Individuale

Entro due settimane da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Assicurato, o chi ne fa le veci, dovrà c**ontattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800-822460** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia **+ 39 0516389046)** e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

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

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, o chi ne fa le veci, dovrà **produrre la documentazione specificata nella guida al piano sanitario**. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui la Società riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'Assicurato verrà fornito **un numero verde specifico attivo 24 ore su 24**; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il

PAI (Piano di Assistenza Individuale), integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o chi ne fa le veci.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, Generali Italia S.p.A., nei limiti della somma mensile garantita, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse. All'Assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico di Generali Italia S.p.A., quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o chi ne fa le veci preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI.

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

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

Generali Italia S.p.A. procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate UniSalute. La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del **PAI**, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate Generali Italia S.p.A. utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

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

2) Nel caso in cui Generali Italia S.p.A. riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e c**onsegnerà all'Assicurato una guida orientativa,** contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o chi ne fa le veci.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate sopra, la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti Generali Italia S.p.A. con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Generali Italia S.p.A. provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate Generali Italia S.p.A. utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste.

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

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, Generali Italia S.p.A. rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di Generali Italia S.p.A., nei limiti della somma mensile garantita per la presente copertura.

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

3) Nel caso in cui Generali Italia S.p.A. non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato. Laddove il punteggio assegnato dalla Società al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o chi ne fa le veci. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate sopra, UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

4) Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni indicate al precedente paragrafo, Generali Italia S.p.A. provvederà a rimborsargli, nei limiti della somma mensile garantita per la presente copertura, **esclusivamente la retta mensile.**

10. Esclusioni e modalità di utilizzo

10.1. Casi di non operatività del Piano Sanitario

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
14. 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;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
17. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
18. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste nella sezione "**Cure, Terapie, Protesi e Ortodonzia**" l'assicurazione non è operante per:

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

Limitatamente alle prestazioni previste nella sezione "**Stati di non autosufficienza**", l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

A. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
B. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
C. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
D. 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;
E. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
F. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
G. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

H. di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);

I. di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;

J. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;

K. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;

L. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

M. di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;

N. dirette o indirette di pandemie.

10.2. Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare se ancora in vigenza lavorativa, la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 76 anni; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un **componente del nucleo familiare raggiunta il 70 anno di età, l'assicurazione cesserà** alla prima scadenza annua l**imitatamente a questo Assicurato**.

10.3. Riconoscimento dello Stato di non Autosufficienza

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

a) chiamare il numero verde gratuito 800-822460 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.

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

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

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

Generali Italia S.p.A. inoltre ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, Generali Italia S.p.A., insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui Generali Italia S.p.A. considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti nella sezione "**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 sanitaria.

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

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata a Generali Italia S.p.A., che, 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;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

Generali Itali S.p.A. 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 il contratto sia ancora in vigore e:

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

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità specificate nei punti seguenti decorre dal momento in cui la Generali Italia S.p.A. considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

Modalità di Rimborso/Richiesta di erogazione di Servizi

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni definite nella sezione "**Definizione dello stato di non autosufficienza"** dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma

garantita specificata nella sezione "**Condizioni di assicurabilità**", nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei punti 1) e 2):

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

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

In caso l'Assicurato si avvalga per l'erogazione delle prestazioni sopraindicate di strutture e/o di personale convenzionati con la Generali Italia S.p.A., questa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'assicurato opti per il pagamento diretto da parte della compagnia, della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno 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 la somma assicurata o non autorizzate da Generali Italia S.p.A.

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

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: **Generali Italia S.p.A. - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 – 40138 Bologna** - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

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

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato presentando a Generali Italia S.p.A. la documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di Generali Italia S.p.A., deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Generali Italia S.p.A. 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 di Generali Italia S.p.A.

Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte di Generali Italia S.p.A.

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

a) chiamare il numero verde gratuito 800-822460 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre per Generali Italia S.p.A. ai fini della valutazione medica finale;

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

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

Generali Italia S.p.A. inoltre ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato le garanzie di polizza non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, Generali Italia S.p.A., insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza. In risposta, Generali Italia S.p.A. 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.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti dalla sezione "**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 sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti dalla sezione "**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 sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata a Generali Italia S.p.A.

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 temporaneo dell'Assicurato.

Generali Italia S.p.A. 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.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli riportati precedentemente e indicati con i numeri 1) e 2), decorre dal momento in cui Generali Italia S.p.A. considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

10.4. Gestione documentazione di spesa

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, 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 valutate 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.

11. Richiesta delle prestazioni

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni extra ricovero sul sito **www.generali.it** utilizzando la funzione "**Prenotazione visite/esami**" disponibile all'interno dell'Area Clienti.

In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Generali Italia S.p.A. al n**umero verde gratuito 800-725444** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia **+39 02.82951114**) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

All'interno dell'Area riservata accessibile dal sito **areaclienti.generali.it,** l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.

a) Prenotazione prestazioni sanitarie in strutture convenzionate con Generali Italia S.p.A.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, 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.

La Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

In caso di ricovero, per permettere alla Compagnia di valutare la copertura, è necessario inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, almeno 5 giorni prima della data prevista per l'evento.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra ricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

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.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

b) Prenotazione prestazioni sanitarie in strutture non convenzionate con Generali Italia S.p.A.

In questi casi, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare la documentazione necessaria all'indirizzo **areaclienti.generali.it**.

La documentazione necessaria per i rimborsi consiste in:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero (*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extra ricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. 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.

(*) Tutta la documentazione sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di prestazione sanitaria o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Generali Italia S.p.A. 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. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicurative richiesta di rimborso per la medesima prestazione sanitaria, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di polizza al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Per quanto riguarda le prestazioni relative alla sezione "**Prestazioni Odontoiatriche**", l'Assicurato deve seguire le procedure di seguito specificate:

c) Prenotazione prestazioni sanitarie odontoiatriche/ortodontiche in strutture convenzionate con Generali Italia S.p.A.

L'Assicurato, o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l'Assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà alla Società:

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all'esame di tale documentazione la Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

La Società provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

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 restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate dalla Società, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato, non prese in carico.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

d) Prenotazione prestazioni sanitarie odontoiatriche/ortodontiche in strutture non convenzionate con Generali Italia S.p.A.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente all'indirizzo **areaclienti.generali.it**, la seguente documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di prestazioni diagnostiche, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento; nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo. 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.
- "scheda anamnestica" redatta dal medico curante sulla base del modello allegato al presente contratto (e/o contenuto nella "Guida al piano sanitario").

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di prestazione sanitaria o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Generali Italia S.p.A. 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 a Generali Italia S.p.A. della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Per le prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai punti a), b) c) o d).

Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.generali.it e caricare i documenti in formato elettronico.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, se prevista, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.



È online la nuova Pagina dedicata al Piano sanitario

Noi di Fondo ASIM, al fine di permettere a tutti gli iscritti di individuare in modo semplice e veloce le prestazioni di cui hanno bisogno, abbiamo sviluppato una nuova pagina dedicata al Piano sanitario con due modalità di ricerca: “per prestazione” e “per macro area”.

Un passo in più per essere vicini ai nostri iscritti!

FONDO ASIM

Via Livenza, 7 - 00198 Roma - **Tel:** 0644341265 - **Fax:** 0649386920
Mail: info@fondoasim.it - **www.fondoasim.it**

FONDO ASIM
Fondo assistenza sanitaria integrativa multiservizi

Costituito dalle parti sociali nel 2013 ed operativo a partire dall'ottobre del 2014, il Fondo ASIM nasce in attuazione degli accordi di rinnovo del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (C.C.N.L.) per il settore delle imprese esercenti servizi di pulizia e servizi integrati/multiservizi, con particolare riferimento all'accordo del 31 maggio 2011 e ai successivi rinnovi, tra cui quello del 9 luglio 2021.

Il Fondo si configura come un'associazione non riconosciuta priva di fini di lucro ed è frutto della solida e paritetica collaborazione tra le organizzazioni datoriali di categoria — nello specifico ANIP-Confindustria, Legacoop Produzione e Servizi, Confcooperative Lavoro e Servizi, Agci Servizi e Unionservizi-Confapi — e le sigle sindacali dei lavoratori Filcams-CGIL, Fisascat-CISL e Uiltrasporti-UIL.

La missione primaria di ASIM è garantire ai lavoratori iscritti un sistema qualificato ed efficiente di trattamenti di assistenza sanitaria integrativa a supporto delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale. L'accesso a tali tutele è riservato a tutti i dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato ai quali si applica il C.C.N.L. di riferimento. Le aziende del settore interessate ad aderire possono regolarizzare l'iscrizione seguendo la procedura telematica dedicata, disponibile all'interno della sezione riservata alle imprese sul portale ufficiale del Fondo, dove è inoltre possibile consultare il Piano Sanitario completo e dettagliato.

CCNL previsti

- CCNL Multiservizi e Pulizie (sottoscritto da ANIP Confindustria, Legacoop Servizi, ConfCooperative Federlavoro e Servizi, AGCI Servizi, Unionservizi Confapi, FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL, UILTRASPORTI-UIL)

Personale interessato:

- Lavoratori a tempo indeterminato (full-time e part-time).
- Apprendisti.
- **Esclusi**: Dirigenti e Quadri

Contribuzione

- **0,50 euro** come contributo **una tantum di iscrizione** per ciascun lavoratore a carico azienda
- **4,00 euro** al mese per i lavoratori con orario di lavoro settimanale medio **fino a 28 ore** a carico azienda
- **6,00 euro** al mese per i lavoratori con orario di lavoro settimanale medio **superiore a 28 ore** a carico azienda

Operatività

Ricovero per grandi interventi, ospedalizzazione domiciliare, neonati, pacchetto maternità, alta specializzazione, visite specialistiche e accertamenti diagnostici, fisioterapia, prevenzione, implantologia, cure dentarie da infortunio, prevenzione odontoiatrica, Critical Illness, Long Term Care

Contatti utili: Numero Fondo ASIM 06.44341265.

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Indennità Giornaliera per Ricovero (Grandi Interventi)	Indiretta	Nessuno	€ 40,00/notte (max 90 notti)	Spetta esclusivamente per i grandi interventi chirurgici che richiedono pernottamento. Non spetta in Day-Hospital/ambulatoriale (in tal caso si rimborsano i ticket SSN).
Ospedalizzazione Domiciliare (Post-Ricovero)	Diretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 3.000,00 per iscritto	Attuabile nei 120 giorni successivi alle dimissioni da un ricovero con pernottamento per grande intervento chirurgico.
Interventi Chirurgici Neonati (1° Anno)	Diretta SSN	Nessuno	Massimale annuo di € 8.000,00 per neonato	Per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita (visite, accertamenti, ricovero e accompagnatore).
Pacchetto maternità	Diretta Indiretta SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 700,00 per iscritta (senza limite spesa per SSN)	Include esami, ecografie, amniocentesi, villocentesi, test genetici, visite, psicoterapia post-aborto (fino a 15 sedute) e indennità di € 70,00 a notte per ricovero parto o aborto terapeutico (max 15 notti). Epidurale a rimborso.
Alta specializzazione	Diretta Indiretta SSN	Franchigia di € 20,00 per prestazione o ciclo di terapia in convenzionata/non convenzionata SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 8.000,00 per iscritto (senza limite spesa per SSN)	Richiesta prescrizione con quesito diagnostico (standard ICD-CM).
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Diretta Indiretta SSN	Franchigia di € 20,00 per prestazione o ciclo di terapia in convenzionata/non convenzionata SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto • Sotto-limite accertamenti diagnostici: € 600,00 annui (senza limite spesa per SSN)	Escluse visite e accertamenti odontoiatrici/ortodontici. Richiesta prescrizione con quesito diagnostico (standard ICD-CM).
Trattamenti fisioterapici (Infortunio)	Diretta Indiretta SSN	Diretta e SSN: Nessuno Indiretta: Scoperto 25% (minimo non indennizzabile € 70,00/fattura)	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto (senza limite spesa per SSN)	Richiesto certificato di Pronto Soccorso e prescrizione medica.
Trattamenti fisioterapici (Patologia o Intervento)	Diretta Indiretta SSN	Diretta e SSN: Nessuno Indiretta: Scoperto 25% (minimo non indennizzabile € 70,00/fattura)	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto (senza limite spesa per SSN)	Riservato a specifiche patologie o interventi (ictus, infarto, ernia del disco, artroprotesi, ecc.).
Pacchetti Prevenzione	Diretta	Nessuno	Previsto in un'unica soluzione annuale.	Comprende prevenzione cardiovascolare (annua) e oncologica/senologica/prostatica (biennale o specifica per età). Nessuna prescrizione richiesta.

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Implantologia dentale	Diretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 1.300,00 per iscritto • Sottolimite 1 impianto: € 300,00 • Sottolimite 2 impianti: € 600,00 • Sottolimite 3 impianti: € 1.000,00 • Sottolimite 4 impianti: € 1.100,00	Copre impianti osteointegrati, corone fisse, elemento provvisorio e perno moncone. Necessarie radiografie pregresse.
Cure dentarie da infortunio	Diretta Indiretta SSN	Diretta e SSN: Nessuno Indiretta: Scoperto 20% (minimo non indennizzabile € 100,00/fattura)	Disponibilità annua: € 2.000,00 per iscritto (senza limite spesa per SSN)	Richiesto referto di Pronto Soccorso e radiografie.
Prevenzione odontoiatrica	Diretta	Nessuno	Fruibile una volta l'anno	Comprende visita di controllo e ablazione del tartaro con ultrasuoni.
Critical Illness	Indennità una tantum	Nessuno	€ 3.000,00 per iscritto	Erogato in caso di insorgenza di gravi patologie (trapianti d'organo, interventi valvolari cardiaci, morbo di Alzheimer, insufficienza renale cronica dialitica).
Long Term Care (LTC - Non Autosufficienza)	Diretta (erogazione mensile posticipata)	Nessuno	Rendita mensile di € 500,00 a vita intera	Riconosciuta in caso di perdita permanente di autosufficienza (punteggio ≥ 40 nello schema delle attività quotidiane) dopo 6 mesi di iscrizione al Fondo.

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Difetti e malformazioni preesistenti: Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario.
- Malattie mentali e psichiche: La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.
- Cure odontoiatriche generali: Le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo le deroghe espressamente previste per implantologia, infortuni e prevenzione odontoiatrica).
- Finalità estetiche: Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva — compresi nell'elenco dei grandi interventi — resi necessari da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano.
- Ricoveri per cure ambulatoriali: I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale.
- Fecondazione artificiale: Le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale.
- Assistenza di terzi e lunga degenza: I ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto di avere assistenza di terzi per gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri di lunga degenza determinati da condizioni cliniche che non consentono la guarigione e rendono necessaria la permanenza per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

- Protesi ortopediche: Gli interventi per la sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.
- Abuso di alcol, psicofarmaci o stupefacenti: Il trattamento delle malattie e gli infortuni conseguenti all'abuso di alcol e psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni.
- Sport estremi e pericolosi: Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi (quali sport aerei, motoristici, automobilistici, free-climbing, rafting e alpinismo estremo) e la partecipazione alle relative gare e prove di allenamento.
- Azioni dolose e colpose gravi: Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto, nonché le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse con dolo o colpa grave.
- Fattori nucleari e radiazioni: 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.
- Eventi catastrofici ed atmosferici: Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.
- Medicina non ufficiale: Le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, le cure a carattere sperimentale e tutte le terapie mediche (comprese le iniezioni intravitreali).
- Pandemie: Le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Nomenclatore

1. Le persone per cui è operante la copertura

Il Piano sanitario è prestato a favore dei dipendenti in forza presso le aziende che applicano il CCNL per i dipendenti di imprese esercenti servizi di pulizia e servizi integrati /multiservizi, iscritti al Fondo ASIM.

2. Le prestazioni del piano sanitario

Il Piano sanitario è operante in caso di patologia, presunta o accertata, o infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- **indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico** (come da elenco allegato in calce);
- **ospedalizzazione domiciliare per ricovero per grande intervento chirurgico** (come da elenco allegato in calce);
- **neonati;**
- **pacchetto maternità;**
- **alta specializzazione;**
- **visite specialistiche e accertamenti diagnostici;**
- **trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;**
- **trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia o intervento chirurgico;**
- **pacchetti prevenzione;**
- **pacchetto di prevenzione odontoiatrica;**
- **prestazioni di implantologia;**
- **prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate;**

- **Critical illness;**
- **Long Term Care.**

2.1. Indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico

In caso di ricovero in istituto di cura per **grande intervento chirurgico**, tra quelli presenti nella lista dei Grandi Interventi Chirurgici (capitolo 6) l'iscritto avrà diritto a un'indennità di **€ 40,00** per ogni notte di ricovero per un periodo non superiore a **90 notti** per ricovero.

Per richiedere rimborso sarà necessario allegare la lettera di dimissioni contenente la data di inizio e fine del ricovero e l'intervento eseguito.

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 giornaliera, si provvede a corrispondere l'importo suindicato per **ogni notte trascorsa all'interno dell'istituto di cura.**

La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

N.B.: L'indennità giornaliera sarà erogata solo per i grandi interventi chirurgici che abbiano richiesto un ricovero con pernottamento e che pertanto non siano stati eseguiti in regime di Day-Hospital e/o ambulatoriale. In caso di grandi interventi chirurgici in Day-Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, verranno invece rimborsati integralmente i ticket eventualmente pagati in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

2.2. Ospedalizzazione domiciliare per ricovero per grande intervento chirurgico (come allegato in calce)

Il Fondo ASIM, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano stesso **che abbia richiesto almeno 1 notte di pernottamento** e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato.

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto. Verrà concordato il programma medico/riabilitativo con l'iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per persona.

2.3. Neonati

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per gli interventi chirurgici effettuati in regime di ricovero nel primo anno di vita del neonato **per la correzione di malformazioni e difetti fisici congeniti,** per le seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malformazione o dal difetto fisico congenito che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico- specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nel Piano Sanitario i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
Rette di degenza	Non sono comprese nel Piano Sanitario le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malformazione o dal difetto fisico congenito che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nel Piano Sanitario nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi nel Piano Sanitario i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

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

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto, ad eccezione della copertura "Pre-ricovero" che prevede specifici limiti.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate.

La presente modalità di erogazione delle prestazioni è operante esclusivamente qualora l'iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.

Le prestazioni vengono rimborsate senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto, ad eccezione della copertura "Accompagnatore" che prevede specifici limiti.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici non convenzionati.

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

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'iscritto durante il ricovero.

Elenco interventi chirurgia pediatrica:

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 8.000,00 per neonato.

2.4. Pacchetto maternità

Fondo ASIM ha introdotto tra le sue garanzie prestazioni di medicina genetica (tra cui il prenatal safe).

In occasione del parto, l'iscritta avrà diritto a un'indennità di **€ 70,00 per ogni notte di ricovero per un periodo non superiore a 15 notti 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 l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

Per richiedere rimborso sarà necessario allegare la lettera di dimissioni contenente la data di inizio e fine del ricovero.

Fondo ASIM rimborsa inoltre la fattura per puntura epidurale effettuata in occasione del parto fino a un importo massimo già stabilito e in considerazione del massimale a disposizione dell'iscritta.

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

- Ecografie di controllo
- Amniocentesi
- Villocentesi
- Ecocolordoppler cardiaco fetale
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza
- Training prenatale
- Test genetici prenatali
- Cardiotocografie
- Puntura epidurale parto (non prenotabile in quanto prevista solo a rimborso)
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento.

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

Le prestazioni erogate all'iscritta vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritta.

L'iscritta per effettuare la prenotazione dovrà richiedere l'autorizzazione al Fondo almeno 48 ore prima dell'appuntamento. Se l'appuntamento viene fissato presso la struttura è necessario comunicare alla stessa l'accesso in convenzione e chiederne, poi, l'autorizzazione al Fondo ASIM.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate.

Solo per alcune prestazioni del pacchetto maternità effettuate fuori la rete convenzionata Fondo ASIM rimborsa le fatture fino ad un massimo importo rimborsabile già stabilito. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritta alleghi alla copia della fattura la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) o un documento attestante lo stato di gravidanza.

È da intendersi che il rimborso avverrà in considerazione del massimale a disposizione dell'iscritta.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 700,00 per iscritta.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritta. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritta alleghi alla copia della fattura ticket SSN la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) o un documento attestante lo stato di gravidanza.

È da intendersi che non verranno prese in considerazione ai fini del rimborso le ricevute di pagamento online (es. PagoPa, bonifico bancario, ecc.).

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

2.5. Alta specializzazione

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per prestazioni di alta specializzazione per patologia, presunta o accertata, o infortunio.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00 per ogni prestazione di alta specializzazione o ciclo di terapia**, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'iscritto per effettuare la prenotazione dovrà essere in possesso della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification) e dovrà richiedere l'autorizzazione al Fondo almeno 48 ore prima dell'appuntamento.

Se l'appuntamento viene fissato presso la struttura è necessario comunicare alla stessa l'accesso in convenzione e chiederne, poi, l'autorizzazione al Fondo ASIM.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato.

Solo per alcune prestazioni di alta specializzazione effettuate fuori la rete convenzionata Fondo ASIM rimborsa le fatture applicando una franchigia di **€ 20,00 per ciascuna prestazione e comunque fino ad un massimo importo rimborsabile già stabilito**. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

Sono escluse dalla modalità rimborsuale i cicli di terapie.

È da intendersi che il rimborso avverrà in considerazione del massimale a disposizione dell'iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 700,00 per persona.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura ticket SSN la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

È da intendersi che non verranno prese in considerazione ai fini del rimborso le ricevute di pagamento online (es. PagoPa, bonifico bancario, ecc.).

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.



2.6. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il **limite di spesa annuo** per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" in strutture convenzionate è **€ 1.000,00 per persona**. Per la copertura di cui al punto "Accertamenti diagnostici" è previsto un sotto limite di **€ 600,00 per persona**.

In caso di utilizzo del SSN non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

2.6.1. Visite specialistiche

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche per patologia, presunta o accertata, o infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00 per ogni visita specialistica**, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'iscritto per effettuare la prenotazione dovrà essere in possesso della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification) e dovrà richiedere l'autorizzazione al Fondo almeno 48 ore prima dell'appuntamento.

Se l'appuntamento viene fissato presso la struttura è necessario comunicare alla stessa l'accesso in convenzione e chiederne, poi, l'autorizzazione al Fondo ASIM.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato.

Solo per alcune prestazioni di visite specialistiche effettuate fuori la rete convenzionata Fondo ASIM rimborsa le fatture applicando una franchigia di **€ 20,00 per ciascuna prestazione** e comunque fino ad un massimo importo rimborsabile già stabilito. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura

la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

Le fatture devono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

È da intendersi che il rimborso avverrà in considerazione del massimale a disposizione dell'iscritto.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura ticket SSN la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

È da intendersi che non verranno prese in considerazione ai fini del rimborso le ricevute di pagamento online (es. PagoPa, bonifico bancario, ecc.).

2.6.2. Accertamenti diagnostici

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per gli accertamenti diagnostici con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00 per ogni accertamento**, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

L'iscritto per effettuare la prenotazione dovrà essere in possesso della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification) e dovrà richiedere l'autorizzazione al Fondo almeno 48 ore prima dell'appuntamento.

Il Piano sanitario non prevede copertura per la sedazione e per le prestazioni che da diagnostiche dovessero trasformarsi in operative, è da intendersi che le stesse rimarranno a carico dell'iscritto.

Se l'appuntamento viene fissato presso la struttura è necessario comunicare alla stessa l'accesso in convenzione e chiederne, poi, l'autorizzazione al Fondo ASIM.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato.

Solo per alcune prestazioni di accertamenti diagnostici effettuati fuori la rete convenzionata Fondo ASIM rimborsa le fatture applicando una franchigia di **€ 20,00 per ciascuna prestazione** e comunque fino ad un massimo importo rimborsabile già stabilito.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

È da intendersi che il rimborso avverrà in considerazione del massimale a disposizione dell'iscritto.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 600,00 per persona.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura ticket SSN la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

È da intendersi che non verranno prese in considerazione ai fini del rimborso le ricevute di pagamento online (es. PagoPa, bonifico bancario, ecc.).

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

2.7. Trattamenti fisioterapici

2.7.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso**, sempre che siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto, previa autorizzazione tramite la Centrale operativa, vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto. Lo stesso dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico "di base" o specialista contenente la patologia.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00 per ogni fattura/persona**. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico "di base" o specialista contenente la patologia.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per persona.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura ticket SSN, la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

È da intendersi che non verranno prese in considerazione ai fini del rimborso le ricevute di pagamento online (es. PagoPa, bonifico bancario, ecc.).

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

2.7.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia o intervento chirurgico

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

È da intendersi che per attivare la garanzia a seguito di intervento chirurgico sarà necessario essere in possesso di documentazione che attesti l'intervento subito, per attivare la garanzia a seguito di patologia sarà necessario essere in possesso di documentazione che attesti la patologia.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi d'anca
- Protesi ginocchio
- Patologie polmonari
- Artroprotesi di spalla
- Sclerosi a placche, sclerosi laterale amiotrofica

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

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto. Per attivare la garanzia a seguito di intervento chirurgico sarà necessario essere in possesso di documentazione che attesti l'intervento subito; per attivare la garanzia a seguito di patologia, invece, sarà necessario essere in possesso di documentazione che attesti la patologia stessa.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate queste vengono rimborsate nella misura del 75% con il minimo **non indennizzabile di € 70,00 per ogni fattura/persona.**

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per persona.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla copia della fattura ticket SSN, la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

È da intendersi che non verranno prese in considerazione ai fini del rimborso le ricevute di pagamento online (es. PagoPa, bonifico bancario, ecc.)

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

2.8. Pacchetti prevenzione

Il Fondo ASIM provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate previa prenotazione.

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
Prestazioni previste, per gli uomini e per le donne, una volta l'anno:
• Elettrocardiogramma di base
• Esame delle urine
• Esame emocromocitometrico completo
• Velocità di eritrosedimentazione (VES)
• Glicemia
• Azotemia (Urea)
• Creatininemia
• Colesterolo Totale e colesterolo HDL
• Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
• Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
• Omocisteina
• Trigliceridi
• Gamma GT
• PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
• PT (Tempo di protrombina)

PREVENZIONE ONCOLOGICA

Prestazioni previste una volta ogni due anni:

per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni

per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni

- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Omocisteina
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

In aggiunta alla "PREVENZIONE ONCOLOGICA" come sopra, sono previste anche le seguenti prestazioni ogni due anni:

- **per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni**
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- **per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni**
- Visita ginecologica
- PAP-Test
- Ecografia pelvica
- Ecografia mammaria
- **Sopra i 50 anni** è prevista anche la mammografia

Importante!

I pacchetti prevenzione sono totalmente gratuiti e non necessitano di prescrizione.

2.9. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al capitolo "**Casi di non operatività del piano**" al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

Il Piano Sanitario opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3,4, 5 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto comprensivo di relativa componentistica implantare, l'eventuale avulsione, l'elemento provvisorio, l'elemento definitivo oppure il perno con attacco per protesi removibile relativi a 5 o più impianti.

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

La presente copertura è prestata esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e prestazioni effettuate da medici convenzionati previa attivazione tramite la Centrale Operativa.

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

Si precisa che, qualora nella medesima annualità associativa, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimite di **€ 600,00** al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.300,00 per iscritto.
Viene previsto un sotto limite annuo di € 1100,00 nel caso di applicazione di quattro impianti
Viene previsto un sotto limite annuo di € 1000,00 nel caso di applicazione di tre impianti
Viene previsto un sotto limite annuo di € 600,00 nel caso di applicazione di due impianti
Viene previsto un sotto limite annuo di € 300,00 nel caso di applicazione di un impianto

2.10. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il **Fondo ASIM liquida all'iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.**

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo ASIM, alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'iscritto.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura **dell'80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo ASIM, è necessario che l'iscritto alleghi alla fattura la documentazione medica sopra indicata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.000,00 per persona.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo ASIM rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'iscritto alleghi alla fattura ticket SSN, la copia della prescrizione medica (elettronica o rossa con l'NRE) contenente il quesito diagnostico indicante la patologia presunta o accertata secondo gli standard indicati dal Ministero della Salute (ICD-CM International Classification of Diseases-Clinical Modification).

È da intendersi che non verranno prese in considerazione ai fini del rimborso le ricevute di pagamento online (es. PagoPa, bonifico bancario, ecc.).

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

2.11. Pacchetto di prevenzione odontoiatrica

In deroga a quanto previsto al paragrafo "**Casi di non operatività del piano**" al punto 3, il Fondo ASIM provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche sottoindicate (fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione).

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

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

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

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

2.12. Prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate

Qualora una prestazione odontoiatrica non sia prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa annuo o perché il costo della prestazione è inferiore al minimo non indennizzabile rimanendo a totale carico dell'iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle convenzionate, dell'autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Il Piano sanitario non è operante per le prestazioni di tipo estetico.

2.13. Critical illness

Il Fondo ASIM garantisce un importo una tantum nel caso in cui si manifesti in data successiva all'inizio della copertura, una delle patologie o una delle condizioni indicate di seguito; la somma assicurata non potrà pertanto essere corrisposta più volte a uno stesso iscritto a seguito del ripetersi di patologie o condizioni già indennizzati dal Fondo ai sensi della presente garanzia.

Patologie o condizioni indennizzabili:

TRAPIANTO DI ALCUNI ORGANI E TESSUTI.

Si intende l'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di organi o tessuti di un altro individuo con lo scopo di sostituire organi o tessuti assenti o non correttamente funzionanti.

Si intendono compresi unicamente i seguenti trapianti: cuore, fegato, polmone, rene, pancreas e midollo osseo (usando le cellule staminali ematopoietiche preceduta da ablazione totale del midollo osseo).

Il riconoscimento della garanzia avviene a seguito della presentazione di idonea documentazione clinica dalla quale sia evidente che il trattamento con trapianto fosse ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento dell'insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

Sono espressamente esclusi: il trapianto di altre cellule staminali rispetto le emopoietiche e il trapianto di parti di un organo o di organi e tessuti differenti da quelli in elenco.

INTERVENTO CHIRURGICO A CARICO DELLE VALVOLE CARDIACHE

Si intendono interventi chirurgici con tecnica a torace aperto e circolazione extracorporea, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, utili alla riparazione o alla sostituzione di una o più valvole cardiache che presentino anomalie o malfunzionamenti.

MORBO DI ALZHEIMER

Malattia neurodegenerativa per la quale, ai fini del riconoscimento, la diagnosi deve essere testimoniata attraverso idonea documentazione clinica che descriva i test, le valutazioni diagnostico-strumentali e relativi risultati che siano previsti dai criteri medico scientifici di diagnosi accreditati nelle linee guida internazionali.

Ai fini della valutazione di tale condizione è richiesta, se non già presente nella documentazione clinica, la relazione di un medico specialista in neurologia o geriatria, redatta successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici (test Mini Mental Status Esame di Folstein), di tomografia assiale computerizzata (TC) e/o Risonanza Magnetica (RM).

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA SEVERA CON NECESSITÀ DI TRATTAMENTO DIALITICO

Si intende con tale condizione l'insufficienza renale severa e irreversibile di entrambi i reni che ha imposto all'iscritto l'avvio del trattamento dialitico secondo la valutazione del medico nefrologo. Ai fini del riconoscimento della condizione è necessaria idonea documentazione clinica comprovante l'inserimento dell'assicurato in un programma di emodialisi renale periodica e continuativa. Non sono inserite in tale definizione le insufficienze renali acute reversibili che richiedano un trattamento dialitico temporaneo.

OBBLIGHI DELL'ISCRITTO IN CASO DI SINISTRO

L'iscritto o i suoi aventi causa devono presentare denuncia al Fondo ASIM entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la patologia o dalla data in cui si è verificato l'evento in elenco, corredata dalla relativa documentazione medica in loro possesso, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della garanzia, 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 dal Fondo, ai fini del

predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili al Fondo per stabilire cause ed effetti della patologia o evento indennizzabile.

Il Fondo ASIM, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi della patologia denunciata con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico del Fondo medesimo.

La disponibilità per la presente copertura è di € 3.000,00 una tantum per iscritto.

TERMINE PER L'INDENNIZZO

Il Fondo ASIM verserà l'indennizzo se l'iscritto si trova ancora in vita dopo 30 giorni dalla diagnosi della patologia o dalla data dell'evento denunciati.

La richiesta potrà essere inoltrata utilizzando il modulo cartaceo disponibile all'interno del Portale.

3. Casi di non operatività del piano

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

Il Piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi nell'elenco dei grandi interventi chirurgici, resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto 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'iscritto 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;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'iscritto con dolo o colpa grave;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Prestazioni di implantologia", "Cure dentarie da infortunio" e "Pacchetto prevenzione odontoiatrica", il Piano sanitario 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.

4. Alcuni chiarimenti importanti

4.1. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento dell'84° anno di età dell'iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso, al compimento dell'85° anno d'età.

Per visite, accertamenti e ricovero non è previsto un limite di età ma la garanzia è subordinata alla corretta copertura.

5. Long term care ltc (non autosufficienza)

Si includono di seguito le disposizioni previste dal Regolamento Long Term Care del Fondo ASIM disponibile al seguente link: www.fondoasim.it/wp-content/uploads/2019/09/Regolamento-LTC-Fondo-ASIM.pdf

5.1. Limiti di età

Il suddetto Regolamento disciplina la prestazione di Long Term Care che Fondo ASIM garantisce ai titolari attivi iscritti al Fondo (in seguito anche Assistiti).

La prestazione sopra citata consiste nell'erogazione, su base mensile posticipata, di un importo destinato al rimborso delle spese di assistenza a vario titolo, sostenute dagli assistiti in condizione di non autosufficienza. Detto rimborso, connesso alla perdita di autosufficienza (art. 4), è erogato per un importo forfetario e per una durata a vita intera secondo quanto stabilito nel successivo articolo 7.

5.2. Soggetti coinvolti

La presente copertura riguarda tutti i prestatori di lavoro dei CCNL delle imprese esercenti servizi di pulizia e servizi integrati/ multiservizi, iscritti nei registri anagrafici del Fondo ASIM da almeno 6 mesi alla data dell'evento.

La copertura è da intendersi attiva per tutti coloro che alla data di effetto della stessa non risultino già non autosufficienti, secondo i criteri stabiliti dal successivo Art. 4 "Definizione dello stato di non-autosufficienza" *.

5.3. Effetto della copertura

La copertura ha effetto dalle ore 00.00 del 1° luglio 2019, se il contributo è stato regolarmente pagato al Fondo per i lavoratori come previsto dall'art. 2 del Regolamento del Fondo ASIM.

Regolamento LTC del Fondo ASIM disponibile al seguente link: www.fondoasim.it/project/long-term-care/

Diversamente, la copertura ha effetto il primo giorno del settimo mese successivo al primo versamento al Fondo. Si rappresenta, che i versamenti devono essere consecutivi.

Se l'impresa non paga i contributi successivi, la copertura viene sospesa dal primo giorno del terzo mese successivo all'ultimo versamento effettuato.

L'evento inabilitante deve manifestarsi nel periodo di copertura e non antecedentemente o nei periodi di sospensione.

Al fine di gestire casi particolari, il Fondo si riserva la possibilità di decisioni ad hoc a tutela dei lavoratori iscritti.

5.4. Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene definita persona "non autosufficiente" quella incapace in modo presumibilmente permanente di svolgere, come sotto precisato, parte delle seguenti "attività elementari della vita quotidiana":

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

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

L'insorgere di non autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti.

5.4.1. Esclusione in caso di perdita dell'autosufficienza permanente

La copertura non opera se lo stato di non autosufficienza è conseguenza:

- di fatti volontari o intenzionali dell'assistito, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, uso di sostanze psicotrope e uso di sostanze alcoliche;
- di alcolismo acuto o cronico;

- di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'assistito ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali 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 di suddetti sport, siano esse ufficiali o meno.

5.4.2. Limitazioni della copertura in caso di perdita dell'autosufficienza permanente

La copertura è subordinata alla condizione che l'assistito si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dal Fondo accettandone modalità ed oneri.

La copertura risulta limitata in ogni caso per un periodo di novanta giorni, denominato periodo di carenza, che decorre dalla data di inizio della copertura stessa. Il periodo di carenza non si applica qualora la perdita di autosufficienza sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura. Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la perdita di autosufficienza. Il periodo di carenza è esteso a cinque anni nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza, dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata

Schema per l'accertamento dell'insorgere dello stato di non autosufficienza:

FARSI IL BAGNO		
1° grado	L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo.	PUNTEGGIO 0
2° grado	L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.	PUNTEGGIO 5
3° grado	L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno.	PUNTEGGIO 10
VESTIRSI E SVESTIRSI		
1° grado	L'assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo.	PUNTEGGIO 0
2° grado	L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo.	PUNTEGGIO 5
3° grado	L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo.	PUNTEGGIO 10
IGIENE DEL CORPO		
1° grado	L'assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3): andare al bagno; lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno.	PUNTEGGIO 0
2° grado	L'assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	PUNTEGGIO 5
3° grado	L'assistito necessita di assistenza per tutti i su indicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	PUNTEGGIO 10
MOBILITÀ		
1° grado	L'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia, dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi.	PUNTEGGIO 0

2° grado	L'assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	PUNTEGGIO 5
3° grado	L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi.	PUNTEGGIO 10
CONTINENZA		
1° grado	L'assistito è completamente continente.	PUNTEGGIO 0
2° grado	L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	PUNTEGGIO 5
3° grado	L'assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o la colostomia.	PUNTEGGIO 10
BERE E MANGIARE		
1° grado	L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	PUNTEGGIO 0
2° grado	L'assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: sminuzzare/tagliare il cibo sbucciare la frutta aprire un contenitore/una scatola versare bevande nel bicchiere	PUNTEGGIO 5
3° grado	L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	PUNTEGGIO 10

5.5. Denuncia, accertamento e riconoscimento della perdita di autosufficienza

Verificatasi la perdita di autosufficienza permanente, l'assistito e/o altra persona che lo rappresenti deve richiederne per iscritto il riconoscimento al Fondo, allegando alla richiesta un certificato del medico curante che attesti la perdita di autosufficienza ed una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatti entrambi su appositi modelli forniti dal Fondo. Dalla data di ricevimento di tale documentazione – data di denuncia – decorre il periodo di accertamento da parte del Fondo che, in ogni caso, non può superare i sei mesi.

Il Fondo si riserva di richiedere all'assistito informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Ultimati i controlli medici il Fondo comunica per iscritto all'assistito, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di non autosufficienza.

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

5.6. Erogazione della prestazione

In seguito all'esito positivo dell'accertamento dello stato di non autosufficienza dell'assistito da parte del Fondo, quest'ultimo si impegna ad erogare una rendita posticipata mensile di **€ 500,00 a vita intera come sostegno alle spese mediche e di assistenza.**

L'assistito o un suo delegato deve produrre annualmente il certificato di esistenza in vita rilasciato dall'Ufficio Anagrafe del Comune di Residenza.

Il Fondo può in qualsiasi momento richiedere verifiche sulla sussistenza dello stato di non autosufficienza o sull'esistenza in vita dell'assistito.

5.7. Il finanziamento dello schema ltc

Al fine di finanziare lo schema LTC, il Fondo accantona annualmente in una Riserva LTC appositamente creata, un importo destinato alla costruzione delle riserve tecniche di equilibrio seguendo il sistema finanziario di gestione della Capitalizzazione.

Detto importo è valutato secondo prudenti valutazioni attuariali al fine di garantire allo schema la solvibilità di lungo periodo.

5.8. Limiti di età

Si precisa che per gli assistiti che alla data di entrata in vigore del Regolamento LTC (01/07/2019) avevano un'età:

- compresa tra 55 e 67 anni la prestazione è ridotta del 30%;
- superiore a 67 anni la prestazione è ridotta del 50%.

6. Elenco grandi interventi chirurgici

NEUROCHIRURGIA
• Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
• Interventi di cranioplastica
• Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
• Asportazione tumori dell'orbita
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
• Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
• Interventi sul plesso brachiale
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare
• Intervento di enucleazione del globo oculare
OTORINOLARINGOIATRIA
• Asportazione di tumori maligni del cavo orale
• Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
• Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
• Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare

- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per ernia femorale

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
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Appendicectomia con peritonite
- Splenectomia totale

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Terapia della calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrali
- 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
- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Riduzione cruenta di lussazione dell'anca

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ASPORTAZIONE NEOPLASIA MALIGNA

- Tutti


ASTER
Il TUO diritto
alla salute
Assistenza
Sanitaria
Integrativa
per i dipendenti
del Commercio
del Turismo
dei Servizi.
Chiamaci: 06 / 4725800
Scrivici una e-mail: info@enteaster.it
VISITA IL
NOSTRO SITO
www.enteaster.it
CGIL
FILCAMS
CISL
FISASCAT
UILTuCS
CONFESERCENTI

Ente di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti dalle aziende del commercio, del turismo e dei servizi aderenti a Confesercenti

Costituito per iniziativa congiunta di Confesercenti e delle organizzazioni sindacali Filcams-CGIL, Fisascat-CISL e UILTuCS, ASTER è l'Ente di assistenza sanitaria integrativa dedicato ai dipendenti delle aziende operanti nei settori del commercio, del turismo e dei servizi. Nato in attuazione delle normative stabilite dai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro di riferimento, l'Ente si caratterizza per una solida natura paritetica nella governance ed è strutturato in due distinte e autonome gestioni, dedicate rispettivamente al comparto del terziario e a quello del turismo. L'obiettivo primario di ASTER è garantire a tutti i lavoratori iscritti un sistema qualificato ed efficiente di trattamenti di assistenza sanitaria integrativa, volto a potenziare le tutele e il benessere socio-sanitario offerti dal Servizio Sanitario Nazionale.

CCNL previsti

- CCNL Terziario, Distribuzione e Servizi (sottoscritto da Confesercenti, Filcams Cgil, Fisascat Cisl e Uiltucs Uil)
- CCNL Turismo (sottoscritto da Confesercenti, Filcams Cgil, Fisascat Cisl e Uiltucs Uil)

Personale interessato:

- Lavoratori a tempo indeterminato (full-time e part-time).
- Apprendisti.
- Lavoratori a tempo determinato con durata iniziale superiore a 3 mesi (su richiesta scritta).
- **Esclusi**: Dirigenti e Quadri

Contribuzione

- CCNL Terziario, Distribuzione e Servizi
- **Quote d'Iscrizione Una Tantum** € 30,00 a carico datore di lavoro
- **Contributo ordinario € 15,00** mensili (€ 13,00 a carico del datore di lavoro e € 2,00 a carico del dipendente)
- CCNL Turismo
- **Quote d'Iscrizione Una Tantum** € 8,00 per tutti i dipendenti part time e € 15,00 per i full time a carico datore di lavoro
- **Contributo ordinario € 12,00** mensili fino al 1° gennaio 2027, poi **€ 15,00** mensili a carico dell'azienda.

Operatività

Ricovero per interventi chirurgici, diagnostica di immagine, visite specialistiche, presidi e ausili medici ortopedici, fisioterapia, implantologia, avulsione, prevenzione odontoiatrica, prevenzione, monitor salute, ticket sanitari, pacchetto maternità, assistenza alla persona non autosufficiente, prevenzione per sindrome di Down, lenti da vista, vaccini antinfluenzali, vaccino antipneumococcico, scoperto per interventi chirurgici, parrucca pazienti oncologici

Per i figli minori: Lenti e occhiali

Contatti utili: 800 016643 (per prenotare una visita e ricevere informazioni sul piano sanitario)
06 4725800 (solo per le prestazioni dirette).

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Ricovero per interventi chirurgici	Diretta SSN	Diretta: Scoperto 10% SSN: Nessuno	Massimale annuo area ricovero: € 90.000,00	Comprende pre-ricovero (120 gg prima), intervento, degenza, accompagnatore (max € 50/gg), infermiere privato (max € 60/gg) e post-ricovero.
Trasporto Sanitario (Post-intervento)	Indiretta (Rimborso)	Nessuno	Massimale di € 1.500,00 per ricovero	Ambulanza, unità coronarica mobile, aereo sanitario per ricovero, trasferimento o rientro.
Interventi Chirurgici Neonati (1° Anno)	Diretta	Nessuno	Massimale annuo di € 10.000,00 per neonato	Per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita (visite, accertamenti, ricovero e accompagnatore).
Indennità Sostitutiva per Ricovero	Indiretta	Nessuno	• € 80,00/notte (primi 30 giorni) • € 100,00/notte dal 31° al 100° giorno (max 100 giorni)	Spetta in caso di ricovero con pernottamento se non viene richiesto alcun rimborso al Fondo per il ricovero.
Diagnostica di immagine	Diretta	Quota a carico di € 35,00 per accertamento/ciclo	Disponibilità annua: € 8.000,00 per iscritto Sottolimiti: Laserterapia fisioterapica € 250,00.	Richiesta prescrizione medica con patologia o quesito diagnostico (eccezione per mammografia).
Visite specialistiche	Diretta	Quota a carico di € 10,00 per accertamento/ciclo	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto (max 8 visite l'anno per iscritto)	Escluse visite pediatriche di routine e odontoiatriche. Include 1 prima visita psichiatrica e un ciclo di psicoterapia (fino a 6 sedute).
Presidi/Ausili medici Ortopedici	Indiretta	Scoperto 20% per fattura	Disponibilità annua: € 2.500,00 per iscritto	Include carrozzelle, plantari, calzature ortopediche, busti, corsetti, ecc. (previa prescrizione con patologia).
Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi (Infortunio o Patologie Particolari)	Indiretta	Scoperto 25% per fattura	Disponibilità annua: € 350,00 per iscritto (cumulato con altre fisioterapie)	A seguito di infortunio (con Pronto Soccorso) o patologie particolari (ictus, neoplasie, sclerosi, ecc.). Include agopuntura antalgica (max € 250).
Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi (Patologia Temporaneamente Invalidante)	Diretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 350,00 per iscritto (cumulato con altre fisioterapie)	Per malattie cardiovascolari/neurologiche temporaneamente invalidanti, protesi temporanee o fratture di grado elevato.
Implantologia	Diretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 2.500,00 per iscritto • Sottolimite 1 impianto: € 600,00 • Sottolimite 2 impianti: € 1.100,00	Comprende posizionamento, avulsione, elemento provvisorio/definitivo e perno moncone. Radiografie obbligatorie.
Avulsione	Diretta	Nessuno	• Massimale annuo: € 250,00 per iscritto • Fino a 4 denti l'anno	Previa produzione di radiografie e referti radiografici.
Prevenzione odontoiatrica	Diretta	Pagamento del 30% a carico dell'iscritto (il Fondo copre il 70%)	Fruibile una volta l'anno	Include ablazione del tartaro con ultrasuoni ed eventuale visita di controllo.

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Pacchetti Prevenzione	Diretta	Nessuno	Previsto in un'unica soluzione annuale.	Comprende prevenzione cardiovascolare (annua per tutti) e oncologica/urologica/ginecologica/senologica (annua o biennale in base a età e sesso).
Servizio monitor salute	Diretta	Nessuno	€ 50,00 annui di plafond aggiuntivo per visite/accertamenti di cronicità	Servizio di telemonitoraggio per iscritti con età ≥ 50 anni affetti da diabete, ipertensione o BPCO, con invio di dispositivi medici e supporto telefonico.
Ticket Sanitari	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	Disponibilità annua: € 600,00 per iscritto	Rimborsa i ticket per radiologia, terapie, accertamenti, pronto soccorso, visite specialistiche, fisioterapia e ticket pre/post ricovero.
Pacchetto maternità	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	• Max € 1.000,00 per evento • Diaria parto: € 80,00/notte (max 7 notti)	Comprende ecografie, analisi, amniocentesi/villocentesi/DNA prenatale (senza prescrizione né limiti di età in via sperimentale fino al 2026), max 4-6 visite, ECG, anestesiologa e cardiotocografia.
Assistenza alla persona non autosufficiente (Sperimentale)	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	Quota mensile di € 400,00 (massimo € 4.800,00 annui)	In via sperimentale (prorogata al 31/12/2026) per invalidità totale (Legge 104/92 art. 3 c. 3). Copre terapie, fisioterapia, ausili, psicologia e badanti/RSA.
Pacchetto prevenzione per persona con sindrome di Down	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	Disponibilità annua: € 300,00 per iscritto	Riservato a dipendenti iscritti con sindrome di Down (L. 104/92 art. 3 c. 1). Comprende visita oculistica, ORL con audiometria, radiografia cervicale e MOC (1 volta l'anno ciascuna).
Lenti da vista	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	Disponibilità: € 100,00 per iscritto ogni 36 mesi	Per acquisto di lenti da vista (comprese lenti a contatto) e occhiali. La montatura e le lenti estetiche sono escluse.
Assistenza ai parenti non autosufficienti (Sperimentale)	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	Disponibilità annua: € 1.500,00 per iscritto	In via sperimentale (prorogata al 31/12/2026) per parenti di 1° grado non autosufficienti (L. 104/92 art. 3 c. 3). Copre spese terapeutiche, fisioterapia, ausili e badanti/RSA.
Vaccini antinfluenzali	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	Disponibilità annua: € 15,00 per iscritto	Riservato agli iscritti non esenti (previa presentazione della fattura con specifica del vaccino).
Vaccino anti-pneumococcico	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	Disponibilità annua: € 20,00 per iscritto	Riservato agli iscritti non esenti (previa prescrizione medica con patologia e fattura con specifica).
Scoperto per interventi chirurgici	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Rimborsa la franchigia del 10% applicata da UniSalute per specifici interventi chirurgici maggiori in rete (es. neurochirurgia, tumori maligni, cardiochirurgia).
Parrucca per pazienti oncologici	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	In via sperimentale (fino al 31/12/2026) per l'acquisto o il noleggio di parrucche per pazienti oncologici in trattamento chemioterapico.
FIGLI - Lenti da vista	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Aster)	Nessuno	Disponibilità: € 100,00 per iscritto ogni 36 mesi	In via sperimentale (dal 01/11/2025 al 30/04/2026) per figli minorenni. Sono ammesse deroghe per variazioni visive ≥ 1,5 diottrie dopo 24 mesi. Montatura esclusa.

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Difetti e malformazioni preesistenti: Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per quanto previsto nello specifico per i neonati.
- Malattie mentali e psichiatriche: La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.
- Cure odontoiatriche generali: Le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo le deroghe espressamente previste per le prestazioni odontoiatriche particolari, l'implantologia e l'avulsione fino a un massimo di 4 denti senza impianti.
- Finalità estetiche: Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto.
- Infertilità e fecondazione artificiale: Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e quelli relativi alla fecondazione artificiale.
- Assistenza di terzi e lunga degenza: I ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto di avere assistenza di terzi per compiere gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri di lunga degenza determinati da condizioni cliniche che non consentono la guarigione e rendono necessaria la permanenza per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Protesi ortopediche: Gli interventi per la sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.
- Abuso di alcol, psicofarmaci o stupefacenti: Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcol e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni (sono esclusi da tale limitazione coloro che dimostrino documentatamente di aver completato con successo un percorso di disintossicazione).
- Sport estremi o professionali: Gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente.
- Gare e competizioni motoristiche: Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti.
- Azioni dolose: Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto.
- Fattori nucleari e radiazioni: 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.
- Eventi bellici e catastrofici: Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
- Medicina non ufficiale: Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- Pandemie: Le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Nomenclatore ad erogazione Unisalute

1. Benvenuto

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

2. Come utilizzare le prestazioni del piano

2.1. Se scegli una struttura convenzionata da Unisalute per ente aster

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

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile telefonando alla Centrale Operativa.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

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

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

Importante
Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato con Ente Aster per il tramite di Unisalute.

2.2. Se scegli una struttura non convenzionata

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute per Ente Aster. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Invia copia della documentazione tramite raccomandata a **ASTER – Via Nazionale, 60 – 00184 Roma (RM).**

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

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

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

- in caso di **prestazioni extra ricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- **copia della documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

2.3. Se scegli il servizio sanitario nazionale

Qualora l'Iscritto intenda richiedere l'indennità sostitutiva giornaliera (descritta più avanti), può inviare la documentazione per il rimborso tramite raccomandata a **Ente Aster – Via Nazionale, 60 – 00184 ROMA (RM).**

3. Le persone per cui è operante la copertura

Il Piano sanitario è prestato a favore dei dipendenti delle aziende che applicano il CCNL del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi, ed il CCNL del Turismo, ovvero i CCNL di settori affini che lo prevedono esplicitamente, iscritti a Ente Aster, nel rispetto di quanto indicato nel proprio regolamento.

4. Le prestazioni del piano sanitario

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

- RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO E DAY HOSPITAL CHIRURGICO (INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO CAPITOLO 7)
- INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO CAPITOLO 7)
- DIAGNOSTICA DI IMMAGINE: RADIOLOGIA TRADIZIONALE
- VISITE SPECIALISTICHE
- PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI
- TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI
- PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA
- AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI) SENZA SUCCESSIVA APPLICAZIONE DI IMPIANTI
- PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI
- PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI
- MONITOR SALUTE
- SERVIZI DI CONSULENZA

4.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico e day hospital chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo 7)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, **intendendo per tale uno di quelli elencati al successivo capitolo 7**, può godere delle seguenti prestazioni:

PRE RICOVERO	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
INTERVENTO CHIRURGICO	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
RETTA DI DEGENZA	Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato da UniSalute per Ente Aster, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 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 non convenzionato da UniSalute per Ente Aster, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
POST RICOVERO	Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato da UniSalute per Ente Aster. Sono altresì in copertura i medicinali, le prestazioni infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura) e le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera). La presente copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per Ente Aster ed effettuate da medici convenzionati

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente da Ente Aster, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **10%,** che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Post-ricovero" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 2.000,00** ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Post-ricovero" che prevedono specifici limiti. Il rimborso avverrà nel limite di un plafond di **€ 8.000,00** per intervento.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Ente Aster. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Qualora in una ***struttura convenzionata*** da UniSalute per Ente Aster, venga effettuato un intervento chirurgico da parte di ***personale medico non convenzionato***, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate da UniSalute per Ente Aster (quindi nella misura dell'**80%** con l'applicazione del minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** e con un plafond di **€ 8.000,00** per intervento).

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

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

Qualora l'iscritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero, Ente Aster per il tramite di Unisalute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Iscritto nel limite previsto, in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

4.2. Trasporto sanitario per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo 7)

Ente Aster rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

4.3. Intervento chirurgico ambulatoriale (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo 7)

Ente Aster per il tramite di Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico e day hospital chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo 7)" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

4.4. Neonati

Ente Aster provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

4.5. Indennità sostitutiva per ricovero per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo 7)

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a Ente Aster, 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 i primi **30** giorni e di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero a partire dal **31°** giorno fino al **100°** giorno di ricovero.

Come già detto, 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 gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

4.6. Massimale dell'area ricovero

Il Piano sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 90.000,00** per anno associativo e per Iscritto. 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 per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

4.7. Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale

Il piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Radiologia convenzionale (con contrasto)
• Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
• Clisma opaco e/a doppio contrasto
• Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografi e/o sonosalpingografia
• Qualsiasi esame contrasto grafico in radiologia interventistica
• Urografia
• Qualsiasi esame contrastografico dell'apparato digerente
Radiologia convenzionale (senza contrasto)
• Esami radiologici apparato osteoarticolare
• Mammografia bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
• Ortopanoramica
• RX colonna vertebrale in toto
• Rx di organo apparato
• Rx endorali
• Rx esofago
• Rx esofago esame diretto
• Rx tenue seriato
• Rx tubo digerente
• Rx tubo digerente prime vie
• Rx tubo digerente seconde vie
• Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati

Diagnostica strumentale e specialistica
• Campimetria
• Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
• Elettroencefalogramma
• Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
• Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
• Elettromiografia (emg)
• Elettroretinogramma
• Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
• Ph metria esofagea gastrica
• Potenziali evocati
• Spirometria
• Tomografia mappa strumentale della cornea
• Coronarografia
• Ecografia endovascolare
• Esame urodinamico
• Fluorangiografia oculare
Diagnostica per immagini ecografie
• Ecografia mammaria
• Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
• Ecografia prostatica anche transrettale
• Ecografia addome superiore
• Ecografia addome inferiore
Ecocolordopplergrafia
• Ecodoppler cardiaco compreso color
• Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
• Ecocolordoppler aorta addominale
• Ecocolordoppler tronchi sovraortici
• Ecocolordoppler tiroide
Alta diagnostica per immagini
• Cine rm cuore

- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo-distretto apparato
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocrdioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato alta definizione
- Tc con e senza mezzo di contrasto

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Biopsie

- Tutte

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscpia diagnostica

Terapie

- Laserterapia a scopo fisioterapico (nel sottolimite di spesa annuo sotto indicato)

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per Ente Aster.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Ente Aster, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che

dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 8.000,00 per Iscritto.
La prestazione "Laserterapia a scopo fisioterapico" si intende erogata nel sottolimite annuo di € 250,00 per persona.

4.8. Visite specialistiche

Ente Aster provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia e successivamente un ciclo di psicoterapia da parte di soggetti abilitati secondo la legge vigente, di un massimo di 6 sedute.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per Ente Aster

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Ente Aster, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 10,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite massimo di visite specialistiche all'anno è di 8 per ogni Iscritto.
La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per Iscritto.

4.9. Protesi/ausili medici ortopedici

Ente Aster rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche. Rientrano in copertura anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali:

- carrozzelle;
- tripodi;
- plantari.

Sono inoltre comprese, sempre appositamente prescritti e con indicazione della motivazione:

- calzature ortopediche;
- cavigliere;
- busti e corsetti ortopedici;
- ginocchiere;
- ed ogni dispositivo elastomerico e/o di trazione.

Per poter ottenere il rimborso sarà necessario inviare copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e degli ausili ortopedici con l'indicazione della patologia.

Sarà inoltre necessario inviare copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato e noleggiato.

La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%.**

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.500,00 per Iscritto.

4.10. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

La disponibilità annua per l'insieme delle prestazioni di cui ai punti "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante" è di € 350,00 per Iscritto.

La prestazione "Agopuntura" si intende erogata nel sottolimite annuo di € 250,00 per persona.

4.10.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate

Ente Aster provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle Patologie Particolari sotto-specificate. Sono inoltre comprese le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) solo esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Patologie particolari:

- Ictus cerebrale;
- Forme neoplastiche;
- Forme neurologiche degenerative o neuro miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, Alzheimer, morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica, Morbo di Huntington.

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

La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Le spese sostenute in ***strutture sanitarie private*** o in ***libera professione*** vengono rimborsate nella misura del **75%**.

4.10.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante

Fondo Aster provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di patologia temporaneamente invalidante come da elenco sottostante, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Elenco delle patologie in seguito alle quali è prevista la garanzia:

- Malattie cardiovascolari temporaneamente invalidanti
- Malattie neurologiche temporaneamente invalidanti
- Interventi di protesizzazione temporaneamente degli arti
- Fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per Ente Aster

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente da Ente Aster, per il tramite di Unisalute alle strutture Convenzionate.

4.11. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, Ente Aster provvede al pagamento delle prestazioni di implantologia dentale.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

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

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per Ente Aster.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente da Ente Aster, per il tramite di Unisalute, alle strutture Convenzionate.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.500,00 per Iscritto.

Viene previsto un sottolimite annuo di € 1.100,00 per Iscritto nel caso di applicazione di due impianti e un sottolimite annuo pari a € 600,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità associativa, dopo l'applicazione di un impianto, si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimite di € 1.100,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

4.12. Avulsione (estrazione denti) senza successiva applicazione di impianti

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, Ente Aster provvede al pagamento di prestazioni di avulsione (estrazione) **fino a massimo di 4 denti l'anno.**

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per Ente Aster.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente da Ente Aster, per il tramite di Unisalute, alle strutture Convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 250,00 per Iscritto.

4.13. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, Ente Aster provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile **una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Ente Aster indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

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

- **Seduta di igiene orale professionale** 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.**

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per Ente Aster.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Ente Aster, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, lasciando uno scoperto del **30%** a carico dell'Iscritto, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

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

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

4.14. Prestazioni diagnostiche particolari

Ente Aster provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate e**ffettuate in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Ente Aster, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
Prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta all'anno
Diagnostica ematochimica caratterizzata da:
• Esame emocromocitometrico completo
• Velocità di eritrosedimentazione (VES)
• Glicemia
• Azotemia (Urea)
• Creatininemia
• Colesterolo Totale e colesterolo HDL
• Esame delle urine
• Trigliceridi
• Gamma GT
• PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
• PT (Tempo di protrombina)
Indagini specifiche annuali
• Visita specialistica cardiologica con elettrocardiogramma di base
PREVENZIONE ONCOLOGICA
Indagini specifiche per uomini di età superiore a 50 anni una volta l'anno
• PSA (Specifico antigene prostatico)
• Ecografia prostatica
• Visita specialistica urologica
Indagini specifiche per donne di età superiore a 40 anni una volta l'anno
• Visita specialistica ginecologica e Pap Test
• Ecografia pelvica
Indagini specifiche per donne di età superiore a 40 anni una volta ogni due anni
• Esame mammografico

4.15. Servizio monitor salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da Ente Aster per il tramite di UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova Società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) **rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni.**

Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Iscritto, seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del questionario, dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali, sottoscrivere e inviare il modulo di adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Iscritto al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio. Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, Ente Aster tramite SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Iscritto.

Ente Aster tramite Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Iscritto avrà inoltre a disposizione un plafond aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate da UniSalute per Ente Aster o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato al punto "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800-169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800-244262.

La presente copertura è prestata per l'intera annualità associativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

4.15.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati al punto "Servizio Monitor Salute", Ente Aster tramite Unisalute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sotto indicate.

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

- **In caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per Ente Aster ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente da Ente Aster, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate (solo nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate)**

Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 50,00 per Iscritto.

4.16. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-016643** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) **Informazioni sanitarie telefoniche**

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

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

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Ente Aster.

c) **Pareri medici immediati**

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

5. Casi di non operatività del piano

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto al punto "Neonati";
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, salvo quanto previsto ai punti "Prestazioni odontoiatriche particolari", "Prestazioni di implantologia" e "Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (senza successiva applicazione di impianti)";
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. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
10. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
12. 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;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
15. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

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

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

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

6. Alcuni chiarimenti importanti

6.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dal 01/01/2026 al 01/01/2027, salvo proroghe o rinnovi.

Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

6.2. Inclusioni/esclusioni

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

1) Nuove inclusioni in garanzia

Nel caso di nuove inclusioni in copertura, la garanzia per l'Assicurato come indicato all'articolo "Persone assicurate", decorre dall'ultimo giorno del mese stesso a quello della comunicazione alla Società, comunicazione che deve essere effettuata entro il giorno 20 del mese stesso. Per i nominativi comunicati dopo il ventesimo giorno del mese, la copertura decorrerà dall'ultimo giorno del mese successivo.

La comunicazione di inclusione dovrà essere inviata tramite apposito supporto informatico alla Società, e dovrà contenere tutte le informazioni relative ai dati anagrafici degli Assicurati (cognome, nome, codice fiscale, luogo e data di nascita, provincia di residenza e data di inizio del periodo di copertura).

2) Cessazione del rapporto di lavoro

L'esclusione di Assicurati dalla garanzia, nel rispetto di quanto indicato nel regolamento di Ente Aster, deve essere disponibile e rilevabile dall'invio periodico degli Assicurati entro il giorno 20 del mese a quelle di esclusione della copertura.

6.3. Validità territoriale

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

6.4. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Iscritto, cessando alla prima scadenza annuale del Piano stesso successiva al compimento di tale età da parte dell'Iscritto.

6.5. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Ente Aster**

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

B) **Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Ente Aster**

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

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia. L'Ente potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, l'Ente ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione
Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

6.6. Foro competente

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

6.7. Reclami

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

ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it oppure per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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

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

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

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

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

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

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto-legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

6.8. Diritto all'oblio oncologico

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Oblio Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 anni (5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.

Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.

Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

6.9. Informativa "home insurance" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento ivass 41/2018 – ove sussistano i requisiti

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on-line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

6.10. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. **Informazioni generali**

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

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

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

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

2. **Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 340,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 150,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi

della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2025, è pari ad € 156,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 39,1 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 342,8 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2025, pari a 2,19 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 8,77 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

7. Elenco interventi chirurgici

Qualsiasi neoplasia maligna di organo o apparato. La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da certificazione di importante sospetto diagnostico supportato da idonea documentazione clinica (Citologia, Istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc).

NEUROCHIRURGIA
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
• Asportazione tumori dell'orbita
• Interventi di cranioplastica
• Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
• Interventi sul plesso brachiale
• Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
• Intervento per ernie del disco lombo sacrali
CHIRURGIA GENERALE
• Ernia Femorale
• Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
• Nodulectomia mammaria (sono ricomprese anche le nodulectomie per patologie benigne)
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare
• Cataratta
• Retina intervento per distacco
• Interventi chirurgici per glaucoma
OTORINOLARINGOIATRIA
• Asportazione di tumori maligni di tutti i distretti di competenza otorinolaringoiatrica
• Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
• Ricostruzione della catena ossiculare
• Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA DEL COLLO

- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con o senza linfoadenectomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per enfisema bolloso
- Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena
- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via d'accesso sul torace
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica

- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatiche acuta o cronica per via laparotomica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Intervento per prolasso rettale
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- Colecistectomia qualsiasi tecnica

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Prostatectomia sottocapsulare
- Varicocele in microchirurgia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia

• Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
• Interventi per endometriosi
• Miomectomia per via vaginale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
• Interventi per sindrome del tunnel carpale
• Intervento per dito a scatto
• Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
• Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
• Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
• Interventi di stabilizzazione vertebrale
• Interventi per costola cervicale
• Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
• Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
• Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
• Interventi sul ginocchio in artroscopia
• Meniscectomia in artroscopia
• Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
• Riparazione cuffia dei rotatori ed acromionplastica spalla
CHIRURGIA MAXILLO – FACCIALE
• Interventi di chirurgia oro-maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

Nomenclatore ad erogazione diretta ASTER

1. Prestazioni rimborsate direttamente da ASTER

La copertura è prestata a favore dei dipendenti iscritti a Ente ASTER in applicazione del CCNL del Commercio, Terziario, Distribuzione e Servizi e del CCNL del Turismo.

Premesso che il **Piano Sanitario è operante in caso di malattia presunta o accertata o in seguito ad infortunio**, saranno rimborsate direttamente, secondo le modalità riportate nel presente documento:

- *i Ticket sanitari erogati nel SSN;*
- *le prestazioni del Pacchetto Maternità;*
- *le prestazioni di Assistenza alla persona non autosufficiente;*
- *il Pacchetto prevenzione per persona con sindrome di Down;*

- *le Lenti da vista;*
- *le prestazioni di Assistenza ai parenti non autosufficienti;*
- *il Vaccino antinfluenzale e Anti-pneumococcico per categorie non esenti;*
- *lo Scoperto per interventi chirurgici effettuati dal 01/01/2024;*
- *le Lenti e occhiali per figli minorenni.*

Tutti i massimali e le garanzie indicate nel presente documento si intendono valide dall'anno di riferimento del presente documento, per fatture degli anni precedenti consultare le relative guide.

1.1. Ticket Sanitari

ASTER rimborsa direttamente i Ticket per le seguenti prestazioni effettuate nel **Servizio Sanitario Nazionale:**

- ticket per diagnostica di immagine (radiologia tradizionale) e terapie;
- ticket per accertamenti diagnostici e di pronto soccorso;
- ticket per visite specialistiche;
- ticket per trattamenti fisioterapici;
- ticket sanitari pre/ post ricovero.

La disponibilità per la presente copertura è di € 600,00 all'anno per iscritto.

1.1.1. Documentazione da inviare

Documentazione da inviare o caricare online:

- per le richieste tramite posta, copia del **modulo di richiesta di rimborso**, scaricabile dal sito, avendo cura di compilare il consenso al trattamento dei dati personali;
- la **prescrizione** in copia con indicazione della **patologia presunta o accertata** da parte del medico curante. Non saranno rimborsate Ticket sanitari con indicazione generica "controllo", "accertamento", "monitoraggio", "prevenzione", "familiarità", ecc.;
- **nel caso in cui dalla fattura non si evinca il tipo di prestazione effettuata sarà necessario allegare documentazione aggiuntiva (es.: prenotazione CUP, dettaglio di spesa o altra documentazione medica);**
- la **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in copia quietanzata;
- l'eventuale invio di cartelle cliniche e/o verbali di Pronto Soccorso.

1.2. Pacchetto Maternità

ASTER rimborsa direttamente le prestazioni del Pacchetto Maternità effettuate in strutture pubbliche e private. Sono comprese nella copertura:

- le ecografie legate alla gravidanza;
- le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza;

- amniocentesi e villocentesi o test prenatale del DNA (senza prescrizione né limiti di età in via sperimentale per le fatture con data dal 01/01/2025 al 31/12/2026);
- al massimo n.4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio);
- elettrocardiogramma in gravidanza;
- una visita anestesiologica in gravidanza;
- monitoraggi in gravidanza (Cardiotocografia).

La disponibilità per la presente copertura è di € 1.000,00 per evento.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della cartella clinica o in alternativa la scheda di dimissioni ospedaliera, Ente ASTER corrisponderà un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7 giorni** per ogni ricovero. Il giorno delle dimissioni non viene computato nel conteggio. Tale indennità verrà corrisposto anche in caso di aborto terapeutico.

1.2.1. Documentazione da inviare

Documentazione da inviare o caricare online:

- per le richieste tramite posta, copia del **modulo di richiesta di rimborso**, scaricabile dal sito, avendo cura di compilare il consenso al trattamento dei dati personali;
- un documento medico attestante lo stato di gravidanza indicante la data di ultima mestruazione e quella presunta del parto;
- **nel caso in cui dalla fattura non si evinca il tipo di prestazione effettuata sarà necessario allegare documentazione aggiuntiva (es.: prenotazione CUP, dettaglio di spesa o altra documentazione medica);**
- la **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in copia quietanzata con data compresa tra UM e DPP. Si ricorda che, qualora riportata in fattura, la marca da bollo resta a carico dell'iscritta;
- la cartella clinica o il foglio di dimissioni in caso di ricovero per parto o aborto terapeutico;
- Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

1.3. Assistenza alla persona non autosufficiente

Al fine di garantire prestazioni sociosanitarie agli iscritti che versino in condizioni di non autosufficienza per infortunio o malattia, Ente Aster ha introdotto, **in via sperimentale**, dal **01/01/2019** la prestazione "*Assistenza alla persona non autosufficiente*". La copertura assicurativa è garantita pro-quota sino al termine del periodo di sperimentazione.

Il periodo di sperimentazione è stato prorogato con scadenza al 31/12/ 2026.

Per tale copertura è considerata non autosufficiente la persona incapace di svolgere in tutto o in parte le attività comuni della vita quotidiana, quali le capacità autonome di: alimentarsi, accudire all'igiene personale, continenza per urine o feci, deambulazione anche con protesi o carrozzine, uso dei sensi, etc., ai sensi della **Legge 104/92 art. 3 comma 3.**

In via sperimentale la prestazione è erogata agli aventi diritto, in caso di non autosufficienza totale certificata.

L'intervento economico garantirà un rimborso calcolato su una quota mensile di € 400,00 a decorrere dalla data di ingresso nel programma di non autosufficienza, per un importo annuo massimo di € 4.800,00 per il periodo correlato alla durata della sperimentazione stessa.

Esempio: l'iscritto che dovesse entrare nel programma a luglio avrebbe a disposizione un massimale annuo di € 2.400,00 (ovvero € 400,00 per 6 mesi).

La data di ingresso nel programma di non autosufficienza corrisponde a quella di insorgenza dell'invalidità totale accertata. Le prestazioni dovranno essere effettuate entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità. Viene comunque garantito il rimborso per le prestazioni effettuate nel periodo che intercorre tra la data della domanda di riconoscimento di invalidità e la certificazione stessa. I rimborsi per l'assistenza all'iscritto ammesso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente, purché collegate alla patologia, saranno erogati da Ente Aster per le seguenti prestazioni sociosanitarie:

- terapeutiche, diagnostiche, e infermieristiche;
- fisioterapiche;
- presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati), anche quelli finalizzati al supporto per deficit motori;
- consulenze, sedute e visite psicologiche, psicoterapiche, psichiatriche e neurologiche; assistenza diretta della persona non autosufficiente (badanti, personale di supporto ed assistenza, ricovero residenze sanitarie assistite).

Le relative spese non saranno rimborsate se già richieste, secondo le modalità previste, in altre prestazioni del Piano Sanitario.

La presente copertura resta attiva anche in caso di cessazione del rapporto di lavoro per un periodo equivalente alla sperimentazione a condizione che i dipendenti interessati abbiano fatto richiesta per iscritto all'azienda, assumendo a proprio carico l'intero onere relativo ai periodi successivi alla cessazione del rapporto di lavoro ed autorizzando la trattenuta del relativo importo dalle competenze di fine rapporto.

Ente Aster si riserva la facoltà di sottoporre tutta la documentazione inviata dall'iscritto ai propri consulenti. Lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifiche e revisione ogni 12 mesi. Nel caso di recupero dell'autosufficienza Ente Aster comunicherà all'assistito la sospensione o la revoca definitiva della prestazione. Ente Aster ha la facoltà di procedere a controlli in ogni momento, alla presenza del medico curante dell'iscritto.

In caso di decesso dell'assistito i famigliari hanno l'obbligo di comunicare l'evento all'Ente.

1.3.1. Documentazione da inviare

Documentazione da inviare o caricare online per entrare nel programma di non auto sufficienza:

- per le richieste tramite posta, copia dell'apposito **modulo di richiesta di rimborso,** scaricabile dal sito, con il **consenso al trattamento dei dati personali** compilato;
- documentazione attestante la non autosufficienza (legge n104/92 art.3 comma 3), accertata ai sensi dell'art. 4 legge n.104/92, dalla quale si evinca la data d'insorgenza dell'invalidità totale;
- una relazione medica sulle cause della perdita dell'autosufficienza.

Documentazione da inviare o caricare online per le richieste di rimborso:

- la documentazione (distinte e ricevute) in copia quietanzata delle spese sostenute nel periodo compreso dalla data di ingresso nel programma di non autosufficienza;

- le prescrizioni mediche per tutte le prestazioni previste dalla presente copertura ad eccezione delle prestazioni di Assistenza diretta della persona non autosufficiente (badanti, personale di supporto ed assistenza, ricovero residenze sanitarie assistite) e degli ausili finalizzati al supporto per deficit motori;
- per il rimborso delle prestazioni del personale di supporto e assistenza è richiesta la Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS e un prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro dal quale si evinca:
- Nome e Cognome del lavoratore (colf/badante);
- Numero ore lavorate;
- Retribuzione oraria;
- Totale retribuzione percepita;
- Importo contributi versati;
- Firma per ricevuta del lavoratore(colf/badante).

1.4. Pacchetto prevenzione per persona con sindrome di Down

Ente Aster rimborsa le seguenti prestazioni di prevenzione per dipendenti iscritti con sindrome di Down:

- visita specialistica oculistica;
- visita ORL con audiometria;
- radiografia cervicale;
- valutazione densità ossea (MOC).

Ognuna delle suddette prestazioni può essere usufruita una volta l'anno.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00.

1.4.1. Documentazione da inviare

Documentazione da inviare o caricare online:

- per le richieste tramite posta, copia del **modulo di richiesta di rimborso**, scaricabile dal sito, avendo cura di compilare il consenso al trattamento dei dati personali;
- certificazione sindrome di Down (Legge n. 104/1992 art. 3 comma 1);
- la **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in copia quietanzata a partire dal 01/01/2019 riportante la prestazione effettuata;
- **nel caso in cui dalla fattura non si evinca il tipo di prestazione effettuata sarà necessario allegare documentazione aggiuntiva (es.: prenotazione CUP, dettaglio di spesa o altra documentazione medica**).

1.5. Lenti da vista

Ente Aster rimborsa le spese effettuate per l'acquisto di lenti da vista per difetti visivi. Il contributo viene erogato una sola volta nei limiti del massimale, a fronte di un corrispettivo speso dall'iscritto e documentato da fattura per l'acquisto di lenti

(comprese lenti a contatto) e occhiali. La montatura non è ammessa al rimborso. Non sono ammesse lenti per fini estetici. Non si rimborsa più di una fattura ogni 36 mesi.

La disponibilità per la presente copertura è di € 100,00 ogni 36 mesi.

1.5.1. Documentazione da inviare

Documentazione da inviare o caricare online:

- per le richieste tramite posta, copia del **modulo di richiesta di rimborso**, scaricabile dal sito, avendo cura di compilare il consenso al trattamento dei dati personali;
- Copia della p**rescrizione per lenti da vista rilasciata dal medico oculista** attestante le diottrie sferiche e/o cilindriche mancanti. Saranno ritenute valide le prescrizioni rilasciate fino a tre anni antecedenti la data della fattura. Non saranno accettate prescrizioni di ottici e ortottici.
- la **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in copia quietanzata **che indichi l'importo delle lente separatamente da quello della montatura;**
- una copia della **dichiarazione di conformità** (dove sono indicate tutte le caratteristiche delle lenti oftalmiche, certificate e con marchio CE, insieme alla descrizione dei parametri personalizzati).

1.6. Assistenza ai parenti non autosufficienti

In via sperimentale, dal 01/01/2020, Ente Aster rimborsa agli iscritti le spese sostenute per l'assistenza e la cura del parente in linea retta di 1° grado (figlio/a, marito/moglie, genitore/genitrice), in condizione di non autosufficienza che necessita di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3. La prestazione è erogabile solamente una volta per nucleo famigliare.

In via sperimentale dal 01/01/2025 al 31/12/2025 possono accedere al programma anche parenti non residenti nello stesso comune dell'iscritto. Restano invariate le altre condizioni.

Il periodo di sperimentazione è stato prorogato con scadenza al 31/12/ 2026.

L'intervento economico garantirà un rimborso annuo a decorrere dalla data di ingresso nel programma di non autosufficienza, per un importo massimo di € 1.500,00.

È richiesta documentazione attestante la non autosufficienza (legge n104/92 art.3 comma 3), accertata ai sensi dell'art. 4 legge n.104/92, dalla quale si evinca la data d'insorgenza dell'invalidità totale. **Il rimborso per le spese sostenute può essere richiesto dal dipendente in copertura da almeno 6 mesi alla data della richiesta, in costanza di copertura.**

I rimborsi per l'assistenza all'iscritto con parente non autosufficiente ammesso al programma, purché collegate alla patologia, saranno erogati da Ente Aster per le seguenti prestazioni sociosanitarie:

- terapeutiche, diagnostiche, e infermieristiche;
- fisioterapiche;
- presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati), anche quelli finalizzati al supporto per deficit motori;
- consulenze, sedute e visite psicologiche, psicoterapiche, psichiatriche e neurologiche;
- assistenza diretta della persona non autosufficiente (badanti, personale di supporto ed assistenza, ricovero residenze sanitarie assistite).

Ente Aster si riserva la facoltà di sottoporre tutta la documentazione inviata dall'iscritto ai propri consulenti. Lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifiche e revisione ogni 12 mesi. Nel caso di recupero dell'autosufficienza Ente Aster comunicherà all'assistito la sospensione o la revoca definitiva della prestazione. Ente Aster ha la facoltà di procedere a controlli in ogni momento, alla presenza del medico curante dell'iscritto.

In caso di decesso dell'assistito i famigliari hanno l'obbligo di comunicare l'evento all'Ente.

1.6.1. Documentazione da inviare

Documentazione da inviare o caricare online per entrare nel programma di Assistenza ai parenti non autosufficienti:

- per le richieste tramite posta, copia dell'apposito **modulo di richiesta di rimbors**o, scaricabile dal sito, con il **consenso al trattamento dei dati personali** compilato;
- copia della Tessera sanitaria del non autosufficiente;
- copia del Documento di identità del non autosufficiente;
- Attestazione legge 104 della persona iscritta ad ASTER che si occupa del non autosufficiente;
- certificato di stato di famiglia con rapporti di parentela dell'iscritto, che indichi la composizione del nucleo familiare ed il grado di parentela che intercorre tra l'iscritto ed il parente per cui si richiede di accedere al programma. -Se si richiede l'accesso al programma per un genitore è necessario caricare anche certificato storico dello stato di famiglia;
- documentazione attestante la non autosufficienza (legge n104/92 art.3 comma 3) dalla quale si evinca la data d'insorgenza dell'invalidità totale;
- una relazione medica sulle cause della perdita dell'autosufficienza.

Documentazione da inviare o caricare online per le richieste di rimborso:

- la documentazione (distinte e ricevute) in copia quietanzata delle spese sostenute nel periodo compreso dalla data di ingresso nel programma di non autosufficienza a quella della fine del periodo di sperimentazione;
- le prescrizioni mediche per tutte le prestazioni previste dalla presente copertura;
- per il rimborso delle prestazioni del personale di supporto e assistenza è richiesta la Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS e un prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro dal quale si evinca:
- Nome e Cognome del lavoratore (colf/badante)
- Numero ore lavorate
- Retribuzione oraria
- Totale retribuzione percepita
- Importo contributi versati
- Firma per ricevuta del lavoratore (colf/badante)

1.7. Vaccini antinfluenzali

Ente Aster rimborsa agli iscritti non esenti le spese sostenute per i vaccini antinfluenzali. Si rimborsa esclusivamente la spesa effettuata per l'acquisto del farmaco previa presentazione della fattura dalla quale si evinca il codice o la specifica del vaccino comperato.

La disponibilità per la presente copertura è di € 15,00 all'anno per iscritto.

1.7.1. Documentazione da inviare

Documentazione da inviare o caricare online:

- per le richieste tramite posta, copia del **modulo di richiesta di rimborso**, scaricabile dal sito, avendo cura di compilare il consenso al trattamento dei dati personali.;

- la **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in copia quietanzata dalla quale si evinca il codice o la specifica del vaccino comperato;

1.8. Vaccino anti-pneumococcico

Ente Aster rimborsa agli iscritti non esenti le spese sostenute per il vaccino anti-pneumococcico. Si rimborsa esclusivamente la spesa effettuata per l'acquisto del farmaco previa presentazione della fattura dalla quale si evinca il codice o la specifica del vaccino comperato.

La disponibilità per la presente copertura è di € 20,00 all'anno per iscritto.

1.8.1. Documentazione da inviare

Documentazione da inviare o caricare online:

- per le richieste tramite posta, copia del **modulo di richiesta di rimborso**, scaricabile dal sito, avendo cura di compilare il consenso al trattamento dei dati personali.;
- la **prescrizione** in copia con indicazione della patologia presunta o accertata da parte del medico curante. Non saranno rimborsate prestazioni prescritte per "controllo", "accertamenti", "monitoraggio", "prevenzione", "familiarità", ecc.;
- la **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in copia quietanzata dalla quale si evinca il codice o la specifica del vaccino comperato.

1.9. Scoperto per interventi chirurgici

A decorrere dal 01/01/2024 Ente ASTER rimborsa, nel limite del massimale, la franchigia pari al 10% a carico dell'iscritto per gli interventi svolti in rete tramite UniSalute per Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico e day hospital chirurgico, **con data intervento a partire dal 01/01/2024.**

La prestazione è garantita **esclusivamente** per i seguenti interventi:

NEUROCHIRURGIA
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o Extramidollari);
• Asportazione tumori dell'orbita;
• Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne;
• Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale.
CHIRURGIA GENERALE
• Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi.
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare.
OTORINOLARINGOIATRIA
• Asportazione di tumori maligni di tutti i distretti di competenza otorinolaringoiatrica

• Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico.
CHIRURGIA DEL COLLO
• Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
• Tiroidectomia totale con o senza linfoadenectomia.
CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
• Interventi tumori del mediastino;
• Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici;
• Pneumectomia totale o parziale.
CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE
• **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi;
• Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia;
• Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso toracica;
• Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore.
CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE
• Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
• Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne.

La disponibilità per la presente copertura è di € 500,00 all'anno per iscritto.

1.9.1. Documentazione da inviare

Documentazione da inviare o caricare online:

- per le richieste tramite posta, copia del **modulo di richiesta di rimborso**, scaricabile dal sito, avendo cura di compilare il consenso al trattamento dei dati personali;
- la **Cartella clinica**;
- l'Autorizzazione di UniSalute;
- la **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in copia quietanzata dal quale si evinca quota del 10% a carico iscritto.

1.10. Parrucca per pazienti oncologici

A decorrere dal 01/01/2025 ASTER rimborsa le spese per acquisto o noleggio di parrucca per pazienti oncologici sottoposti a trattamento di chemioterapia.

1.10.1. Documentazione da inviare

Documentazione da inviare o caricare online:

- per le richieste tramite posta, copia del modulo di richiesta di rimborso, scaricabile dal sito, avendo cura di compilare il consenso al trattamento dei dati personali.;
- certificazione medica della patologia e della terapia effettuata.
- la documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia quietanzata dalla quale si evinca il prodotto acquistato o noleggiato con decorrenza 01/01/2025;

La prestazione viene introdotta in via sperimentale per le fatture comprese dal 01/01/2025 al 31/12/2026.

La disponibilità per la presente copertura è di 500,00 € all'anno per iscritto

1.11. Lenti e occhiali per figli minorenni

In via sperimentale, dal 01/11/2025 al 30/04/2026, l'Ente ASTER rimborsa l'acquisto di lenti o occhiali da vista, destinati ai figli degli iscritti di età minore di 18 anni (naturali o adottivi).

A conclusione del periodo sperimentale la presente copertura potrà essere confermata a regime.

Se entrambi i genitori del minore sono iscritti ad ASTER, solo uno dei due potrà presentare la richiesta. Un genitore che abbia più figli minorenni potrà fare richiesta per un solo figlio.

Il rimborso è effettuato nei limiti di € 100,00 ogni 36 mesi su una singola fattura.

Un secondo rimborso potrà essere concesso prima che siano trascorsi 36 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata dall'Ente, nel caso in cui l'oculista certifichi una variazione di almeno 1,5 diottrie sferiche e/o cilindriche su un singolo occhio. In questo caso il Fondo concederà un nuovo rimborso, a patto che siano trascorsi almeno 24 mesi dall'ultima fattura liquidata. In nessun caso potrà essere considerato sufficiente il raggiungimento della variazione di 1,5 diottrie sommando i valori sferici e cilindrici del singolo occhio o sommando le variazioni tra occhio destro e sinistro.

La montatura non è ammessa al rimborso. Non sono ammesse al rimborso lenti per fini estetici.

L'Ente ASTER potrà a proprio insindacabile giudizio richiedere l'invio dei documenti in originale, per le opportune verifiche.

1.11.1. Documentazione da inviare

L'iscritto dovrà caricare nella propria area riservata la seguente documentazione per accedere alla presente copertura:

- Tessera sanitaria del Parente;
- Documento di identità del Parente;
- Atto di nascita o altro documento attestante il grado di parentela (ad esempio stato di famiglia).

L'iscritto dovrà presentare la seguente documentazione per richiedere il rimborso:

- per le richieste tramite posta, copia del **modulo di richiesta di rimborso**, scaricabile dal sito, avendo cura di compilare il consenso al trattamento dei dati personali.;
- Prescrizione oculistica per difetti visivi con indicazione delle diottrie (emessa fino a un massimo di tre mesi prima dell'acquisto). Non saranno accettate prescrizioni di ottici e ortottici;

- Fattura intestata al figlio minorenne, regolarmente censito o al genitore iscritto ad ASTER (con data fattura dal 01/11/2025);
- una copia della dichiarazione di conformità (dove sono indicate tutte le caratteristiche delle lenti oftalmiche, certificate e con marchio CE, insieme alla descrizione dei parametri personalizzati)."

2. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti;
- 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);
- il trattamento delle malattie intenzionalmente provocate, conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
- prestazioni svolte da personale medico non abilitato.

*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.

3. Estensione territoriale e limiti di età

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia e può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Iscritto, cessando alla prima scadenza annuale del Piano stesso successiva al compimento di tale età da parte dell'Iscritto.

4. Come chiedere un rimborso

L'Iscritto può inviare direttamente ad **Ente ASTER (Via Piemonte, 39 - 00187 Roma)** la documentazione necessaria al rimborso o procedere **all'upload**, previa registrazione **all'Area Riservata Dipendenti**, accessibile alla home page di ASTER, www.enteaster.it.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della veridicità della documentazione prodotta in copia, l'Ente ASTER avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della suddetta documentazione.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

L'iscritto è invitato a raccogliere la documentazione necessaria al rimborso ed inviarla possibilmente non più di 6 volte l'anno.

ASTER provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente entro **90 giorni lavorativi** dalla ricezione della pratica.

ASTER provvederà a rimborsare mensilmente prima del suddetto termine qualora il totale delle richieste dell'iscritto superi l'importo di € 50,00.

5. Come visualizzare lo stato dei propri rimborsi

Il modo più veloce per verificare lo stato delle proprie richieste di rimborso è tramite il sito www.enteaster.it, **Area Dipendenti – Rimborsi**, accessibile tramite username e password, che garantiscono la riservatezza dei dati. L'Iscritto potrà verificare la sua posizione sempre aggiornata relativamente alla documentazione che ha inviato o caricato.

CCNL STUDI PROFESSIONALI

IL WELFARE DEGLI STUDI PROFESSIONALI

CADIPROF
CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I LAVORATORI DEGLI STUDI PROFESSIONALI

FONDO PROFESSIONI
FONDO PARITETICO INTERPROFESSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA NEGLI STUDI PROFESSIONALI E NELLE AZIENDE COLLEGATE

EBIPRO
ENTE BILATERALE NAZIONALE PER GLI STUDI PROFESSIONALI

CADIPROF
CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER I LAVORATORI DEGLI STUDI PROFESSIONALI

Operativa dal 1° gennaio 2005, CADIPROF è la Cassa di Assistenza Sanitaria Integrativa dedicata ai lavoratori degli studi professionali, nata con lo scopo di gestire ed erogare un articolato sistema di prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria in favore del personale dipendente iscritto in applicazione del CCNL di settore.

La costituzione della Cassa è il risultato della forte e condivisa volontà delle Parti Sociali firmatarie del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro. La governance unisce infatti le organizzazioni datoriali — Confprofessioni, Confedertecnica e Cipa — e le principali sigle sindacali dei lavoratori — Filcams-CGIL, Fisascat-CISL e Uiltrasporti-UIL (Uiltucs). A conferma della sua piena regolarità e trasparenza, CADIPROF è iscritta sin dal 2010 all'Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi istituita presso il Ministero della Salute, rinnovando annualmente la propria iscrizione per ottenere l'attestato ufficiale disponibile nell'area amministrativa del portale.

Dal punto di vista fiscale e contributivo, i versamenti effettuati alla Cassa godono della deducibilità prevista dall'articolo 51 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). Il finanziamento della copertura prevede, per ciascun lavoratore iscritto, un contributo una tantum iniziale di 24 euro e un contributo ordinario mensile di 29 euro ripartito su dodici mensilità; di questa quota mensile, 27 euro sono a carico del datore di lavoro e 2 euro restano a carico del dipendente. All'interno della contribuzione complessiva è inoltre inclusa la quota di spettanza dell'Ente Bilaterale EBIPRO, pari a 9 euro totali (di cui 7 euro a carico del datore di lavoro e 2 euro a carico del lavoratore), garantendo così una sinergia strutturale tra le tutele sanitarie e i servizi della bilateralità di settore.

CCNL previsti

- CCNL per i dipendenti degli Studi Professionali (sottoscritto da Confprofessioni con Confedertecnica e Cipa, Filcams Cgil, Fisascat Cisl e Uiltucs Uil)

Personale interessato:

- Lavoratori a tempo indeterminato (full-time e part-time).
- Lavoratori a tempo determinato (con durata iniziale superiore a 3 mesi).
- Lavoratori assunti con contratto di apprendistato
- **Esclusi**: titolari e liberi professionisti

Contribuzione

Contributo unificato mensile di **29,00 euro** per 12 mensilità, così ripartito:

- **20,00 €** destinati direttamente a CADIPROF (assistenza sanitaria, interamente a carico del **datore di lavoro**).
- **9,00 €** destinati a EBIPRO (ente bilaterale), di cui:
- **7,00 €** a carico del **datore di lavoro**.
- **2,00 €** a carico del **lavoratore** (trattenuti in busta paga).

Operatività

ISCRITTO: Interventi chirurgici, ospedalizzazione domiciliare, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, rimborso ticket SSN, gravidanza, trattamenti fisioterapici, pacchetti prevenzione, servizio Monitor Salute, paternità, PMA (Procreazione Medicalmente Assistita), assistenza per familiare non autosufficiente, vaccinazioni, lenti da vista, assistenza psicologica, plantari ortopedici, trattamento emicrania mediante anticorpi monoclonali, telemedicina MedicoPerTutti, prestazioni odontoiatriche

FIGLI: assistenza pediatrica 1° anno, assistenza pediatria 1-2 anni, spese pediatriche 3-14 anni, asilo nido, vaccinazioni, lenti da vista, assistenza psicologica, infortuni, prestazioni odontoiatriche

CONIUGE o CONVIVENTE: rimborso ticket SSN, PMA (Procreazione Medicalmente Assistita), vaccinazioni, infortuni, telemedicina MedicoPerTutti, prestazioni odontoiatriche

GENITORI FRAGILI: Protesi mobili

Contatti utili: (Pacchetto Famiglia, rimborsi) dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 14:00 tel: 065910526 – 0654210812

(prenotazioni, prestazioni in rete convenzionata, pratiche di rimborso, informazioni sulle prestazioni del Piano Sanitario) Numero verde 800 016635 - Dall'estero Tel: 0039 0516389046 dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30

(prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, pratiche di rimborso e informazioni) Tel: 0629401045 dal lunedì al venerdì dalle 9:15 alle 12:00 e dalle 13:30 alle 17:30

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
ISCRITTO - Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Diretta SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Per interventi chirurgici ambulatoriali che non richiedono osservazione post-intervento. È necessaria la prescrizione medica con patologia/quesito diagnostico.
ISCRITTO - Day Hospital e Ricovero per Intervento Chirurgico	Diretta SSN	Nessuno	• Massimale annuo area ricovero: € 100.000,00 • Protesi ortopediche max € 1.000,00	Comprende pre-ricovero (60 gg prima), intervento, degenza, accompagnatore, infermiere (max € 50/gg) e post-ricovero (60 gg dopo). Per interventi inclusi nell'elenco specifico
ISCRITTO - Indennità Sostitutiva per Grandi Interventi	Indiretta	Nessuno	• € 80,00/notte (primi 15 giorni) • € 100,00/notte dal 16° al 90° giorno	Spetta in caso di ricovero in strutture del SSN per interventi chirurgici inclusi nell'elenco e in assenza di richieste di rimborso per il ricovero.
ISCRITTO - Diaria Giornaliera per Ricovero Medico (Senza Intervento / Parto)	Indiretta	Nessuno (franchigia temporale di 3 giorni)	• € 50,00/notte per un massimo di 20 giorni per ricovero	Corrisposta dal 4° giorno di ricovero per malattia o infortunio che non comporti intervento chirurgico o parto
ISCRITTO - Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio post -ricovero	Diretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 10.000,00 per iscritto	Prestazioni di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica nei 120 giorni successivi alle dimissioni da un ricovero.
ISCRITTO - Accertamenti diagnostici	Indiretta Diretta	Quota a carico di € 40,00 per accertamento/ciclo in struttura convenzionata Minimo non indennizzabile di € 60,00 (rimborso al 50%) in struttura non convenzionata	Disponibilità annua: € 8.000,00 per iscritto	Comprende diagnostica per immagini, radiologia, alta diagnostica, strumentale, biopsie ed endoscopie diagnostiche. Prescrizione medica obbligatoria

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
ISCRITTO - Visite specialistiche	Indiretta Diretta SSN	Quota a carico di € 35,00 per visita in struttura convenzionata Minimo non indennizzabile di € 60,00 (rimborso al 50%) in struttura non convenzionata	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto	Escluse visite odontoiatriche/ortodontiche. Include 1 visita ginecologica all'anno in struttura non convenzionata senza prescrizione e 1 prima visita psichiatrica.
ISCRITTO e CONIUGE/ CONVIVENTE - Rimborso Ticket SSN	Indiretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Rimborsa al 100% i ticket per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e pronto soccorso (esteso dal 01/01/2025 anche a coniuge o convivente more uxorio)
ISCRITTO - Gravidanza	Indiretta	Nessuna	Disponibilità: € 1.000,00 per evento per iscritta	Comprende visite ginecologiche, ecografie (inclusa morfologica), analisi cliniche e indagini genetiche (amniocentesi, villocentesi, DNA fetale).
ISCRITTO - Trattamenti fisioterapici	Indiretta Diretta	Diretta: Nessuno Minimo non indennizzabile di € 60,00 (scoperto 20%) in struttura non convenzionata	Disponibilità annua: € 750,00 per iscritto (di cui max 15 sedute o € 250 per fisioterapia curativa da malattia)	Fisioterapia riabilitativa post-infortunio (con Pronto Soccorso) o curativa per malattia (esclusi linfodrenaggi, pressoterapia e shiatsu; agopuntura solo antalgica).
ISCRITTO - Prevenzione cardiovascolare e oncologica	Diretta	Nessuno	Previsto in un'unica soluzione annuale.	Comprende esami ematochimici annuali per tutti, ECG/visita cardiologica biennale, e controlli oncologici (Pap-test, ecografia mammaria/mammografia o PSA) in base a età e sesso
ISCRITTO - Servizio monitor salute	Diretta	Nessuno	Disponibilità annua aggiuntiva di € 300,00 per iscritto per visite/accertamenti di cronicità.	Servizio di telemonitoraggio gratuito per iscritti con età ≥ 50 anni affetti da diabete, ipertensione o BPCO, con invio di dispositivi medici a domicilio.
FIGLI - Spese di assistenza pediatrica nel 1°anno	Indiretta	Nessuno	Disponibilità Annua: € 250,00	Rimborsa farmaci prescritti, prodotti e presidi sanitari (omogeneizzati, pannolini, latte, ecc.) e prestazioni mediche/diagnostiche per figli fino a 1 anno. È possibile presentare una sola domanda di rimborso per l'intera somma erogabile
FIGLI - Spese di assistenza pediatrica (1-2 anni)	Indiretta	Nessuno	Disponibilità biennio: € 250,00	Rimborsa farmaci e prestazioni mediche/ diagnostiche (esclusi odontoiatria, psicologia e vaccinazioni) per figli tra 1 e 3 anni non compiuti.
FIGLI - Spese pediatriche figli dai 3 ai 14 anni (non compiuti)	Indiretta	Nessuno	Disponibilità Annua: € 60,00	In vigore dal 01/01/2025. Rimborsa farmaci prescritti e prestazioni mediche/diagnostiche (escluse odontoiatria, psicologia e vaccinazioni)
FIGLI - Frequenza Asilo Nido	Indiretta	Scoperto: 80%	Disponibilità Anno scolastico: € 600,00 Elevato a € 800,00 per figli con disabilità (Legge 104/92)	Copre il 20% delle spese per la frequenza di asili nido pubblici o privati (iscrizione, rette, refezione) per un massimo di due annualità scolastiche. Esclusa la scuola dell'infanzia
ISCRITTO - Contributo a sostegno della paternità	Indiretta	Nessuno	Disponibilità: € 1.000,00 per evento per iscritto	Rimborsa le spese di monitoraggio della gravidanza (visite ginecologiche, ecografie, analisi, indagini genetiche/DNA fetale) per la coniuge o convivente non iscritta.
ISCRITTO e CONIUGE/ CONVIVENTE - Procreazione Medicalmente Assistita - PMA	Indiretta	Nessuno	Disponibilità: € 1.200,00 per ciascun trattamento fino a 3 tentativi	Rimborsa trattamenti farmacologici (gonadotropine) e prestazioni medico-chirurgiche di PMA (omologa o eterologa, escluso costo di ovociti/seme) nel rispetto della legge italiana

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
ISCRITTO - Assistenza per familiare non autosufficiente con connotazione di gravità	Indiretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 2.400,00 (a partire da gennaio 2026)	Per l'iscritto e familiari di 1° grado (coniuge, figli, genitori, fratelli/sorelle) con grave non autosufficienza. Copre badanti, infermieri, rette RSA, visite, farmaci, presidi e ausili.
ISCRITTO - Assistenza a figli non autosufficienti senza connotazione di gravità (Sperimentale fino al 31/12/2026)	Indiretta	Scoperto: 50%	Disponibilità annua: € 600,00	Per figli dai 3 ai 18 anni con disabilità lieve (es. DSA, ADHD, disturbi evolutivi). Copre visite, farmaci, terapie di supporto (es. logopedia, pet-therapy) e dispositivi tecnici prescritti.
ISCRITTO, CONIUGE/ CONVIVENTE e FIGLI - Rimborso vaccinazioni facoltative	Indiretta	Scoperto: 50% Vaccino anti-influenzale: Nessuno	Disponibilità annua: € 250,00 per nucleo familiare	In vigore dal 01/01/2025. Comprende vaccini antinfluenzali, HPV, meningococco, pneumococco, difterite-tetano-pertosse, morbillo-rosolia, epatite A (per categorie a rischio).
ISCRITTO e FIGLI - Lenti da vista	Indiretta	Scoperto: 60%	• Massimo di € 90,00 all'anno per nucleo familiare • Extra massimale di € 40,00 (una tantum) presso Salmoiraghi & Viganò e GrandVision	In vigore dal 01/01/2025. Per occhiali da vista e lenti a contatto correttive su prescrizione oculistica (emessa non oltre un anno prima).
ISCRITTO e FIGLI - Consulenza psicologica	Indiretta	Psicologi della rete CADIPROF/PLP - scoperto 50% Psicologi fuori rete - scoperto 70%	Disponibilità annua per nucleo familiare: Psicologi della rete CADIPROF/PLP: € 350,00 Altri: € 150,00	In vigore dal 01/01/2025. Per sedute di consulenza e psicoterapia su specifiche aree tematiche (lavoro, criticità evolutive, genitorialità, coppia, disturbi)
ISCRITTO - Plantari ortopedici	Indiretta	Scoperto 50%	Disponibilità annua: € 50,00 per iscritto	Progetto sperimentale (2023-2026). Per plantari ortopedici su misura o di serie (dispositivo medico CE) prescritti da medico o podologo con indicazione di patologia.
ISCRITTO - Trattamento dell'Emicrania cronica mediante Anticorpi Monoclonali	Indiretta	Scoperto 40%	Disponibilità annua: € 1.200,00 per iscritto	Progetto sperimentale (2023-2026) per forme gravi di emicrania (≥ 4 episodi/mese). Copre visita neurologica specialistica e somministrazione di anticorpi monoclonali
CONIUGE/CONVIVENTE e FIGLI - Garanzia infortuni	Indiretta	Scoperto del 20% (min. € 75,00) sulle spese mediche da infortunio	• Diaria ricovero: € 50,00/giorno (max 30 gg/anno) • Diaria ingessatura: € 50,00/giorno (max 30 gg/anno) • Spese mediche: fino a € 5.000,00 all'anno per persona	In vigore dal 01/01/2025 per infortuni certificati da Pronto Soccorso (vita privata o professionale). Comprende ricovero, ingessatura fissa e rimborso spese mediche/fisioterapia/ diagnostica
ISCRITTO e FIGLI - Gravi eventi	Indiretta	Nessuno	Disponibilità: € 30.000,00 per evento	Per l'iscritto e figli < 12 anni in caso di gravi patologie (neoplasie rare, malattie degenerative, grandi interventi) non coperte dal Piano Sanitario di base, previa approvazione del Comitato Esecutivo.
ISCRITTO e CONIUGE/ CONVIVENTE - Servizio telemedicina MedicoPerTutti	Diretta	Nessuno	Nessuno	Videoconsulti medici per iscritti e coniugi, teleconsulto pediatrico (figli 3 mesi - 16 anni) e supporto psicologico orientativo tramite app GVM Assistance.

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
ISCRITTO - Cure odonto-iatriche	Indiretta	Nessuno	• In Rete: € 75,00 a prestazione (max 2 prestazioni/anno in gruppi differenti = max € 150,00/anno) • Fuori Rete: € 60,00 a prestazione (max 2 prestazioni/anno in gruppi differenti = max € 120,00/anno)	Riservato agli iscritti. Comprende 3 gruppi: 1) Igiene/parodontologia, 2) Conservative (otturazioni, ricostruzioni, devitalizzazioni), 3) Chirurgia orale (estrazioni, ascessi)
ISCRITTO - Impianto osteointegrato	Indiretta	Nessuno (percentuale di rimborso sul fatturato)	• Rete: 30% della spesa fino a € 500 (1 impianto), € 900 (2 impianti), € 1.300 (3+ impianti) • Fuori Rete: 20% fino a € 300 (1 impianto), € 550 (2 impianti), € 850 (3+ impianti)	Esclusivo per l'iscritto ogni 2 anni. Include impianto, abutment, corone provvisorie e definitive. (Vedi sotto il "Bonus implantologia" dal 2026).
ISCRITTO e CONIUGE/ CONVIVENTE - Bonus Implantologia	Indiretta	Nessuno	• Rete: 35% della spesa fino a € 600 (1 impianto), € 1.100 (2 impianti), € 1.500 (3+ impianti) • Fuori Rete: 25% fino a € 350 (1 impianto), € 650 (2 impianti), € 1.000 (3+ impianti)	In vigore dal 1° gennaio 2026 per lavori iniziati ex novo, previa dimostrazione di aver effettuato almeno una seduta di igiene orale nell'anno precedente
CONIUGE/CONVIVENTE- Impianto osteointegrato	Indiretta	Nessuno	• Rete: 30% fino a € 500 (1), € 900 (2), € 1.300 (3+) • Fuori Rete: 20% fino a € 300 (1), € 550 (2), € 850 (3+)	Stesse condizioni e massimali previsti per l'iscritto, applicabili ogni 2 anni per coniugi o conviventi more uxorio non iscritti a loro volta come titolari.
ISCRITTO - Riabilitazione protesica con corone fisse	Indiretta	Nessuno	• Rete: 30% della spesa (max € 250,00/anno) • Fuori Rete: 20% della spesa (max € 150,00/anno)	Limitato a una sola corona l'anno su denti naturali o radici (esclusi provvisori e fini estetici)
ISCRITTO - Trattamento ortodontico	Indiretta	Nessuno	• Rete: 50% della spesa (max € 700,00) • Fuori Rete: 30% della spesa (max € 500,00)	Prestazione "una tantum" (concessa una sola volta nella vita) per apparecchi fissi, mobili o ortodonzia invisibile
FIGLI - Visita dentistica e sigillature (0-12 anni non compiuti)	Indiretta	Nessuno	Massimo di € 100,00 all'anno per figlio (sotto-limiti: max € 40 per visita, max € 70 per sigillatura)	Rimborsa integralmente (previa valutazione) le spese per una visita dentistica e trattamenti di sigillatura preventiva dei solchi.

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
FIGLI - Ortodonzia intercettiva (0-12 anni non compiuti)	Indiretta	Nessuno	• Rete: max € 500,00 per ciascuna annualità • Fuori Rete: max € 300,00 per ciascuna annualità	Per malocclusioni (gradi 3, 4 e 5 IOTN). Erogabile per un massimo di 2 annualità in totale per figlio.
FIGLI - Ortodonzia funzionale (12-18 anni non compiuti)	Indiretta	Nessuno	• Rete: max € 250,00 (mobile) o € 150,00 (fissa) all'anno • Fuori Rete: max € 150,00 (mobile) o € 100,00 (fissa) all'anno	Per malocclusioni IOTN 3-4-5. Alternativa agli allineatori dentali; max 2 annualità.
FIGLI - Allineatori dentali (12-18 anni non compiuti)	Indiretta	Nessuno	• Rete: max € 500,00 (intero trattamento) • Fuori Rete: max € 300,00 (intero trattamento)	Prestazione una tantum in alternativa all'ortodonzia funzionale mobile/fissa per malocclusioni IOTN 3-4-5
ISCRITTO - Cure dentarie post infortunio	Indiretta	Nessuno	Massimo di € 2.000,00 all'anno	Per eventi traumatici certificati da Pronto Soccorso (entro 48 ore) e cure entro 1 anno (reimpianti, splintaggio, ricostruzioni, impianti)
FIGLI - Cure dentarie post infortunio (0-18 anni non compiuti)	Indiretta	Nessuno	Massimo di € 1.000,00 all'anno/figlio	Per infortuni certificati da Pronto Soccorso e cure entro 1 anno.
GENITORI FRAGILI - Protesi mobili (over 65 compiuti)	Indiretta	Scoperto: 75%	Disponibilità annua: € 500,00	Per genitori over 65 in condizioni di fragilità (invalidità ≥ 66,66%, invalidità grave temporanea o titolari di indennità di accompagnamento).
ISCRITTO e FAMILIARI - Servizi di telemedicina "Pronto Fas" e di assistenza odontoiatrica domiciliare d'urgenza "Fas a casa"	Diretta	Nessuno	Nessuno	Servizio di triage e televisita odontoiatrica d'urgenza per iscritti e familiari (anche non a carico fino a 26 anni) ed eventuale assistenza domiciliare per soggetti fragili o con urgenze particolari.

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Difetti fisici o malformazioni preesistenti: Sono sempre escluse le cure, i trattamenti e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni già presenti prima della stipulazione del contratto.
- Patologie psichiche e mentali: Sono escluse la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici (fanno eccezione solo la prima visita psichiatrica e le sedute di psicoterapia/consulenza rientranti nell'apposito Pacchetto Famiglia).
- Finalità estetiche: Sono escluse tutte le prestazioni mediche, odontoiatriche o chirurgiche aventi finalità meramente estetiche (salvo la chirurgia plastica ricostruttiva post-infortunio o post-intervento demolito).
- Abuso di sostanze e alcol: Non sono operativi i rimborsi o le coperture per malattie, infortuni o conseguenze derivanti dall'abuso di alcol, psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e allucinogeni.

- Sport pericolosi e attività a rischio: Sono esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, corse e gare motoristiche (e relative prove), nonché di sport estremi o di combattimento (es. arti marziali, paracadutismo, alpinismo con scalate superiori al terzo grado, immersioni subacquee non didattiche).
- Azioni dolose e dolo: Non sono coperti infortuni o eventi causati da azioni dolose compiute direttamente dall'assicurato o la sua partecipazione a delitti dolosi.
- Eventi catastrofici e bellici: Sono escluse le conseguenze di guerre (dichiarate e non), insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, pandemie, radiazioni ionizzanti o contaminazioni nucleari/chimiche.
- Ricoveri impropri o di lunga degenza: Nel Piano Sanitario sono esclusi i ricoveri finalizzati unicamente ad accertamenti o terapie fisiche eseguibili in ambulatorio, nonché i ricoveri di lunga degenza legati a necessità di assistenza di terzi per gli atti quotidiani della vita.
- Esclusioni specifiche in ambito odontoiatrico: Sono sempre escluse le faccette dentali, i manufatti provvisori per corone e impianti, e non è possibile accedere alle tutele post-infortunio dentario se l'evento traumatico è stato certificato prima del 1° gennaio 2025.
- Esclusioni specifiche nel Pacchetto Famiglia: Sono escluse le prestazioni ostetriche fatturate direttamente da ostetriche, le tecniche di PMA di primo livello a sola stimolazione con rapporti mirati, l'acquisto di ovociti o seme per fecondazione eterologa, le spese per la scuola dell'infanzia/materna per l'asilo nido, e i plantari ortopedici sportivi in assenza di patologia o acquistati senza prescrizione medica.

Nomenclatore ad erogazione Unisalute

1. Che cos'è il piano sanitario

La gestione del Piano Sanitario è affidata alla Compagnia assicurativa UniSalute che, tramite app "UniSalute Up", area riservata online del sito www.unisalute.it e apposita Centrale Operativa (numero verde 800 016635), mette a disposizione degli iscritti gli strumenti necessari per acquisire le informazioni sulle prestazioni disponibili e gestisce le prenotazioni nella rete delle strutture/professionisti convenzionati e le richieste di rimborso degli assistiti CADIPROF.



2. Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia o infortunio, definito come prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel post-intervento, CADIPROF provvede al pagamento delle spese con le seguenti modalità:

- nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate al dipendente assistito vengono liquidate direttamente da CADIPROF senza applicazione di scoperti e franchigie;
- nel caso in cui il dipendente assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, CADIPROF rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico del dipendente.
- non sono previsti rimborsi in caso di utilizzo di strutture private non convenzionate con la UniSalute S.p.A.

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

Massimale annuo assicurato € 500,00

Per l'attivazione in convenzione diretta **dell'intervento chirurgico ambulatoriale,** bisogna contattare preventivamente il **Numero Verde 800 016635** attivo dal lunedì al venerdì con orario 8:30 – 19:30 (dall'estero 0039 051 6389046), per ottenere l'autorizzazione dalla Centrale Operativa.

La **richiesta di rimborso dei ticket sanitari** può essere trasmessa telematicamente accedendo alla propria area riservata sul sito www.unisalute.it, oppure può essere inviata per posta allegando il Modulo di rimborso Piano Sanitario compilato e copia della documentazione indicata sul modulo al seguente indirizzo: CADIPROF % UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8, 40138 Bologna (BO)

3. Day Hospital

Per i ricoveri ed interventi in regime di Day-Hospital, CADIPROF rimborsa le spese per le seguenti prestazioni:

- **Pre ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 60 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, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

- **Rette di degenza**

È garantita la retta di degenza, ma non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

- **Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata in forma rimborsuale con rimborso integrale delle spese sostenute.

- **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

- **Post ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 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.

- **Trasporto sanitario**

Spese di trasporto dell'iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

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

CADIPROF provvede al pagamento delle spese nelle seguenti modalità:

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute** (a seguito di prenotazione/ autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa), le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente senza applicazione di scoperti e franchigie.
- **Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, CADIPROF rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto.

Non sono previsti rimborsi in caso di utilizzo di strutture private non convenzionate con la UniSalute S.p.A.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 1.000,00 per persona.

Per l'attivazione in convenzione diretta **dell'in**tervento chirurgico e per tutte le **prestazioni dell'area Ricovero**, bisogna contattare preventivamente il Numero Verde 800 016635 attivo dal lunedì al venerdì con orario 8:30 – 19:30 (dall'estero 0039 051 6389046), per ottenere l'autorizzazione dalla Centrale Operativa.

La richiesta di rimborso dei ticket sanitari può essere inviata per posta allegando il Modulo di rimborso Piano Sanitario compilato (contrassegnando il punto A) con copia della cartella clinica e della documentazione indicata sul modulo, al seguente indirizzo: CADIPROF c/o UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8, 40138 Bologna (BO). In alternativa può essere trasmessa telematicamente accedendo alla propria area riservata sul sito www.unisalute.it nella sezione Ricoveri e post ricoveri.



4. Intervento Chirurgico

Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (anche in day surgery), intendendo per tali quelli di cui all'elenco in calce.

In caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco degli interventi previsti in fondo al paragrafo), CADIPROF provvede al rimborso delle spese sostenute come segue:

A) **RIMBORSO PRESTAZIONI**

a) **Strutture sanitarie e medici convenzionati con UniSalute**

Pagamento diretto da parte di UniSalute alle Strutture convenzionate per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti, ad eccezione delle specifiche voci in forma rimborsuale.

b) **Strutture sanitarie private non convenzionate**

Qualora il dipendente fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso avverrà con applicazione di una franchigia fissa di € 2.000,00 per intervento, nel limite di un plafond (massimale) di € 6.000,00 per intervento.

Tale modalità di erogazione della prestazione sarà attivata nel solo caso in cui nell'ambito territoriale indicato non siano presenti strutture sanitarie convenzionate, previa autorizzazione preventiva della Centrale Operativa di UniSalute. Diversamente, resta inteso che il dipendente dovrà avvalersi di una struttura convenzionata a sua scelta.

Rientrano nel computo delle spese sostenute:

- **Pre-ricovero**

esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 60 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; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;

- **Assistenza medica, medicinali, cure**

prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero;

- **Rette di degenza**

non sono comprese le spese voluttuarie;

- **Assistenza infermieristica privata individuale**

nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero;

- **Accompagnatore**

retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. In strutture sanitarie convenzionate con CADIPROF le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente e integralmente alle strutture. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con CADIPROF, la garanzia è prestata in forma rimborsuale;

- **Post-ricovero**

esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 60 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;

- **Trasporto sanitario**

rimborso delle spese di trasporto del paziente in ambulanza all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura a un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero;

- **Trapianti**

nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, rimborso delle spese previste ai precedenti punti con i relativi limiti in essi indicati, nonché delle spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. 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;

- **Protesi ortopediche per intervento chirurgico**

(intendendo per tale quelli di cui all'elenco in calce) rimborso delle spese sostenute per l'acquisto e/o applicazione di protesi ortopediche nel limite di € 1.000,00 per persona.

c) **Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N.**, verrà attivata la garanzia prevista al punto B "Indennità Sostitutiva per Grandi interventi chirurgici, intendendo per tali quelli di cui all'elenco allegato in calce".**

Qualora l'iscritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UniSalute rimborserà nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

B) **INDENNITÀ SOSTITUTIVA**

Qualora il ricovero per intervento chirurgico non dia luogo a richiesta di rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, viene riconosciuta un'indennità giornaliera di € 80,00 per un massimo di 15 giorni per ricovero.

Dal 16° giorno di ricovero in poi tale indennità si intenderà elevata ad € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la cartella clinica relativa al ricovero.

Le garanzie A) e B) vengono prestate dal Piano Sanitario CADIPROF, solamente nel caso di Intervento Chirurgico presente nell'elenco sotto riportato:

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

ONCOLOGIA CHIRURGICA
Tutti gli interventi chirurgici resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi per recidive.
NEUROCHIRURGIA
• Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
• Interventi di cranioplastica
• Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
• Asportazione tumori dell'orbita
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
• Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
• Intervento sul plesso brachiale
CHIRURGIA GENERALE
• Ernia inguinale e femorale (con l'esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
• Intervento di asportazione tumore (benigno e maligno) alla mammella.
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare
• Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

- Calazio
- Intervento per distacco della retina
- Interventi chirurgici per glaucoma
- Dacriocistorinostomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Corde vocali decorticazione o Cordotomia in microlaringoscopia
- Laringectomia parziale
- Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA DEL COLLO

- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con linfoadenectomia
- Paratiroidectomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per cisti polmonare (echinococco e altre tipologie di cisti)
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Intervento chirurgico in toracoscopia per Enfisema bolloso (a grandi bolle, isolate)

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi accesso sul torace
- Tutti gli Interventi chirurgici a cuore chiuso
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)
- Bypass aortocoranico singolo o multiplo con e senza circolazione extracorporea

- Bypass aorto-iliaco-femorale (aorto-femorale, aorto-iliaco, alla poplitea, aortopopliteo)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retro peritoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezione epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomia
- Interventi per cisti, pseudo cisti o fistole pancreatiche
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 35
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Interventi per prolasso rettale diverso da emorroidectomia

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per neoplasie maligne
- Calcolosi urinaria

• Prostatectomia sottocapsulare
• Varicocele in microchirurgia
GINECOLOGIA
• Conizzazione
• Isterectomia radicale per neoplasie maligne
• Miomectomia per via vaginale
• Isterectomia con eventuale annessectomia
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 di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
• Interventi al tunnel carpale e dito a scatto
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
• Interventi per chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazione del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione della capacità funzionali >25%
TRAPIANTI DI ORGANO
• Tutti, compresi i trapianti di midollo osseo e di cornea

Massimale annuo assicurato € 100.000,00

Per l'attivazione **dell'intervento chirurgico** e per tutte le **prestazioni dell'area Ricovero** in strutture sanitarie e personale convenzionato con UniSalute bisogna contattare preventivamente il **Numero Verde 800 016635**, attivo tutti i giorni dal lunedì al venerdì con orario 8:30 – 19:30 (dall'estero 0039 051 6389046), per ottenere l'autorizzazione dalla Centrale Operativa.

La richiesta di rimborso dei ticket sanitari, o la richiesta dell'indennità sostitutiva, può essere inviata per posta allegando il Modulo di rimborso Piano Sanitario compilato (contrassegnando il punto A o il punto B) con copia della cartella clinica e della documentazione indicata sul modulo, al seguente indirizzo: CADIPROF c/o UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8, - 40138 - Bologna (BO). In alternativa può essere trasmessa telematicamente accedendo alla propria area riservata sul sito www.unisalute.it nella sezione Ricoveri e post ricoveri.



5. Diaria

DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO MEDICO IN CASO DI MALATTIA O INFORTUNIO (senza intervento chirurgico e/o parto)

In caso di ricovero in istituto di cura per malattia o infortunio che non comporti necessità di intervento chirurgico (e ad esclusione del parto per il quale vale quanto previsto dalla successiva garanzia Gravidanza), il dipendente avrà diritto ad

una diaria di € 50,00 al giorno per un periodo non superiore a 20 giorni per ogni ricovero; tale diaria verrà corrisposta dal 4° giorno di ricovero.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la copia della cartella clinica relativa al ricovero unitamente al

Modulo rimborso Piano Sanitario debitamente compilato e contrassegnando il punto C Diaria **giornaliera per ricovero medico. La richiesta va inviata al seguente indirizzo: CADIPROF c/o UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8, - 40138 - Bologna (BO). In alternativa, è possibile inviarla telematicamente accedendo alla propria area riservata sul sito www.unisalute.it nella sezione Ricoveri e post ricoveri.**

6. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio post - ricovero

In caso di ricoveri con pernottamento, purché non espressamente esclusi dalle condizioni generali previste dal Piano sanitario (prestazioni mediche aventi finalità estetiche, infortuni causati da azioni dolose, ecc.), CADIPROF, per un periodo di 120 giorni successivi alla data di dimissioni, mette a disposizione tramite la rete convenzionata con UNISALUTE, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, ovvero prestazioni di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica.

La Centrale Operativa CADIPROF c/o UniSalute concorderà il programma medico / riabilitativo con l'iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, anche di tipo assistenziale.

Il programma medico/ riabilitativo dovrà essere prescritto all'atto delle dimissioni o dal medico specialista (la cui specialità sarà congrua all'evento ricovero) entro 10 giorni dalla data di dimissioni e la copertura si attiva fornendo alla Centrale Operativa:

- copia della cartella clinica conforme all'originale
- Scheda di Dimissioni Ospedaliera – SDO

Massimo annuo di copertura disponibile per persona € 10.000,00.

Per l'attivazione del programma di **ospedalizzazione domiciliare** è necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al **Numero Verde 800 016635**, attivo dal lunedì al venerdì con orario 8:30 – 19:30 (dall'estero 0039 051 6389046).

7. Accertamenti diagnostici

CADIPROF prevede per i propri iscritti il pagamento delle spese per gli accertamenti diagnostici di seguito elencati, conseguenti a malattia e/o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la **prescrizione medica** contenente nel quesito diagnostico la patologia sospetta o accertata che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Il pagamento delle prestazioni è previsto con le seguenti modalità:

In strutture sanitarie e personale convenzionate UniSalute:

Pagamento diretto da parte della Cassa alla struttura per le prestazioni erogate con l'applicazione di una franchigia di **€ 40,00** (adeguamento franchigia in vigore dal 1-1-2025) per ogni accertamento o ciclo di terapia (che resta pertanto a carico dell'assistito).

In strutture sanitarie private non convenzionate:

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 50% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a €. 8.000,00 per Assicurato.

Elenco delle prestazioni fruibili:

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOLOGICA TRADIZIONALE (ESAMI STRATIGRAFICI E CONTRASTOGRAFICI) ("ANCHE IN DIGITALE")

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO):
• Esami radiologici apparato osteoarticolare
• Mammografia (mono e/o bilaterale)
• RX colonna vertebrale in toto
• Rx di qualsiasi altro organo o apparato
• Densitometria Ossea (MOC) per le donne con età >45 anni e per patologia sospetta o accertata
RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO):
• Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
• Clisma opaco e a doppio contrasto
• Qualsiasi esame contrastografico di organo o apparato
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:
Ecografie:
• Ecografia mammaria
• Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
• Ecografia prostatica anche transrettale
• Ecografia addome superiore
• Ecografia addome inferiore
• Ecografia tiroide
Ecocolordoppler:
• Ecodoppler cardiaco compreso color
• Ecocolordoppler venoso e/o arterioso arti inferiori e superiori
• Ecocolordoppler aorta addominale
• Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici
• Ecocolordoppler tiroide

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:

- Angio Tc
- Angio Tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato alta definizione
- Tc con e senza mezzo di contrasto
- Cine RM cuore
- Angio RM
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) con o senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad Emissione di Positroni (P.E.T.) per organo-distretto-apparato
- Scintigrafia qualunque organo apparato (compresa Miocardioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

DIAGNOSTICA STRUMENTALE E SPECIALISTICA:

- Coronarografia
- Ecografia endovascolare
- Campimetria
- ECG dinamico con dispositivi analogici (Holter)
- EEG con privazione sonno
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma dinamico 24 ore
- Elettromiografia
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
- PHmetria esofagea e gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Esame urodinamico
- Fluorangiografia oculare

BIOPSIE:

- Tutte

ENDOSCOPIE:
• Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (C.P.R.E.)
• Cistoscopia diagnostica
• Esofagogastroduodenoscopia
• Pancolonoscopia diagnostica
• Rettoscopia diagnostica
• Rettosigmoidoscopia diagnostica
• Tracheobroncoscopia diagnostica
• Isteroscopia Diagnostica

N.B. Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, UniSalute garantirà la copertura della relativa differenza di importo su presentazione del referto operatorio.

TERAPIE
• Chemioterapia
• Dialisi
• Radioterapia
• Laserterapia a scopo fisioterapico

Modalità di prenotazione in Strutture convenzionate:

Per prenotare in una Struttura convenzionata ed ottenere l'autorizzazione bisogna registrarsi sul sito www.unisalute.it oppure scaricare l'App "**UniSalute UP**" e dalla propria area riservata **utilizzare la funzione di prenotazione online (+ FAI UNA NUOVA PRENOTAZIONE)** : è veloce e consente di sapere immediatamente se la prestazione richiesta è coperta dal Piano Sanitario e se la Struttura è convenzionata; si riceverà direttamente via sms e/o e-mail la conferma dell'appuntamento con l'autorizzazione.

In alternativa, è possibile contattare il **Numero Verde 800 016635,** attivo dal lunedì al venerdì con orario continuato 08:30/19:30.

Modalità di richiesta rimborso:

Per il rimborso è richiesta la seguente documentazione: copia dei documenti di spesa (fatture/ricevute) con la descrizione della prestazione effettuata e copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia accertata o da accertare.

- dal sito www.unisalute.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata, andando su "richiedi un nuovo rimborso" nella sezione "Visite, esami, accertamenti";
- attraverso l'App Unisalute "**UniSalute UP**" registrandosi ed accedendo alla propria area riservata;
- tramite spedizione postale a: Centrale Operativa CADIPROF c/o UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8, - 40138 - Bologna (BO), allegando la documentazione richiesta (in fotocopia) e compilando il Modulo rimborso Piano Sanitario che può scaricare dal sito CADIPROF, contrassegnando il punto D.

8. Visite Specialistiche

CADIPROF prevede per i propri iscritti il pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia e/o a infortunio con l'esclusione delle visite e degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la **prescrizione medica** contenente nel quesito diagnostico la sospetta o accertata patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, fatta eccezione per le spese sostenute per una visita ginecologica all'anno (solare), effettuata in strutture sanitarie o presso medici non convenzionati. Rientra nella presente garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica, al fine di accertare la presenza di una eventuale patologia.

VISITE SPECIALISTICHE

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata, e il dettaglio delle prestazioni effettuate.

Modalità di utilizzo della garanzia:

Strutture sanitarie e personale convenzionato

Le spese per le prestazioni erogate al dipendente assistito vengono liquidate direttamente da CADIPROF con applicazione di una franchigia di **€ 35,00** (adeguamento franchigia in vigore dal 1-1-2025) per ogni visita (che resta pertanto a carico dell'assistito).

Strutture sanitarie e personale non convenzionato

Le spese sostenute vengono rimborsate da CADIPROF con l'applicazione di uno scoperto del 50% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica.

Massimale annuo assicurato € 1000,00.

Modalità di prenotazione in Strutture convenzionate:

Per prenotare in una Struttura convenzionata ed ottenere l'autorizzazione bisogna registrarsi sul sito www.unisalute.it oppure scaricare l'App "**UniSalute UP**" e dalla propria area riservata u**tilizzare la funzione di prenotazione online (+ FAI UNA NUOVA PRENOTAZIONE):** è veloce e consente di sapere immediatamente se la prestazione richiesta è coperta dal Piano Sanitario e se il medico è convenzionato; si riceverà direttamente via sms e/o e-mail la conferma dell'appuntamento con l'autorizzazione.

In alternativa, è possibile contattare il **Numero Verde 800 016635**, attivo dal lunedì al venerdì con orario continuato 08:30/19:30.

Modalità di richiesta rimborso:

Per il rimborso è richiesta la seguente documentazione: copia dei documenti di spesa (fatture/ricevute) con la descrizione della prestazione effettuata e copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia accertata o da accertare.

- dal sito www.unisalute.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata, andando su "richiedi un nuovo rimborso" nella sezione "Visite, esami, accertamenti";
- attraverso l'App Unisalute "**UniSalute UP**" registrandosi ed accedendo alla propria area riservata;
- tramite spedizione postale a: Centrale Operativa CADIPROF c/o UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8, - 40138 - Bologna (BO), allegando la documentazione richiesta (in fotocopia) e compilando il Modulo rimborso Piano Sanitario che può scaricare dal sito CADIPROF, contrassegnando il punto D.

9. Rimborso Ticket SSN per iscritto e coniuge/convivente

Dal 1-1-2025 CADIPROF prevede un aumento sul rimborso dei ticket sanitari estendendo anche al coniuge o convivente more uxorio dell'iscritto questa copertura. Il rimborso dei ticket SSN per iscritti e coniugi è previsto per prestazioni di:

- visite specialistiche;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- pronto soccorso.

conseguenti a malattia (o "sospetta tale") o a infortunio, effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale, con l'esclusione di visite/accertamenti odontoiatrici ed ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa ad eccezione del rimborso dei ticket di Pronto Soccorso per i quali non è prevista la prescrizione (deve però evincersi dalla documentazione il ricorso al Pronto Soccorso).

Il rimborso previsto è pari al **100%** della spesa sostenuta fino ad un massimo di **€ 500** di rimborso per nucleo e per anno.

Per il rimborso è richiesta la seguente documentazione: fotocopia della ricevuta del ticket dal quale risulti la prestazione eseguita, unitamente alla fotocopia della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia accertata o da accertare.

Si ricorda che per le spese di ticket SSN effettuate entro il 31-12-2024 vige la garanzia precedente e cioè: rimborso dei ticket SSN solo per prestazioni sanitarie effettuate dal dipendente iscritto, con percentuale di rimborso pari all' 80% della spesa e con massimale annuo di € 250.

Le richieste di rimborso possono essere inviate nelle seguenti modalità:

- dal sito www.unisalute.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata, andando su "richiedi un nuovo rimborso" nelle sezioni "Visite, esami, accertamenti" o "Esami del sangue";
- attraverso l'App Unisalute "UniSalute UP" registrandosi ed accedendo alla propria area riservata;
- tramite spedizione postale a: Centrale Operativa CADIPROF c/o UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8, - 40138 - Bologna (BO), allegando la documentazione richiesta (in fotocopia) e compilando il Modulo rimborso Piano Sanitario che può scaricare dal sito CADIPROF.

Attenzione: Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati del proprio coniuge o convivente nell'apposito box dell'area riservata CADIPROF "Anagrafiche Dipendente e Familiari". L'inserimento non va fatto dal portale UniSalute, ma è Cadiprof a trasmettere le anagrafiche alla compagnia.

Il diritto alle prestazioni per il familiare decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui il dipendente iscritto effettua l'inserimento dello stesso sul portale Cadiprof.it e termina con la cessazione della copertura del lavoratore iscritto. Ovviamente per coloro che sono già presenti in anagrafica entro il 31/12/2024 la decorrenza copertura avrà inizio il 01/01/2025 se attivo al 01/01/25 anche il titolare capo nucleo iscritto.

Le garanzie a favore dei coniugi/conviventi sono erogate a condizione che gli stessi non risultino già iscritti a Cadiprof in qualità di dipendenti titolari di copertura principale. Se un dipendente è iscritto a Cadiprof in qualità di titolare, non può essere registrato anche come familiare di un altro dipendente iscritto.

Si specifica che, per poter inviare le richieste di rimborso di ticket del coniuge/convivente dall'area riservata UniSalute, l'iscritto e il suo coniuge/convivente devono prima di tutto esprimere il consenso alla condivisione dei dati personali, per poter visualizzare il nominativo.

- L'iscritto accede alla propria area riservata UniSalute
- Va nella sezione Richieste di Rimborso
- Se nell'elenco della tendina "Chi richiede il rimborso? - Scegli nome richiedente" non visualizza il nominativo del proprio coniuge/convivente, deve effettuare le scelte cliccando sull'apposito link Gestione del consenso alla condivisione dei dati personali.



10. Gravidanza

GRAVIDANZA

CADIPROF provvede al rimborso fino a 1.000 euro delle spese sostenute dalle proprie iscritte in gravidanza. Il massimale è riconosciuto **per evento*** anche in caso di gravidanza a cavallo di due anni.

*In caso di più gravidanze nello stesso anno solare non portate a termine per interruzione, il rimborso viene comunque riconosciuto da Cadiprof ma il massimale dei 1.000 euro è erogato per anno e non per ciascun evento.

Sono comprese nella garanzia le seguenti prestazioni effettuate per il monitoraggio della gravidanza: visite specialistiche ginecologiche, ecografie ostetrico-ginecologiche (compresa la morfologica), analisi clinico chimiche, indagini genetiche (amniocentesi, villocentesi, esami prenatali su DNA fetale).

Le prestazioni potranno essere effettuate sia in strutture sanitarie pubbliche che private a propria scelta, richiedendone successivamente il rimborso. È anche possibile ricorrere a strutture sanitarie convenzionate con UniSalute a tariffe agevolate (in questo caso è necessario un preventivo contatto con la Centrale Operativa per ricevere le opportune indicazioni).

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia, fino a concorrenza del massimale previsto, presentando unitamente al modulo di rimborso, la relativa documentazione di spesa (fatture, ticket, ricevute, ecc.) ed il certificato di gravidanza con la data ultima mestruazione (DUM) e la data presunta del parto (DPP).

Le richieste di rimborso possono essere inviate nelle seguenti modalità:

- dal sito www.unisalute.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata, andando su "richiedi un nuovo rimborso" nelle sezioni "Visite, esami, accertamenti" e "Esami del sangue" per le analisi;
- attraverso l'App Unisalute "**UniSalute UP**" registrandosi ed accedendo alla propria area riservata;
- tramite spedizione postale a: CADIPROF c/o UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8, - 40138 - Bologna (BO), allegando la documentazione richiesta (in fotocopia) e compilando il Modulo rimborso Piano Sanitario che può scaricare dal sito CADIPROF, contrassegnando il punto E.

N.B. Nel caso di invio telematico della documentazione dalla propria area riservata, si ricorda di allegare sempre ad ogni singolo documento di spesa anche la scansione del certificato di gravidanza.



11. Trattamenti Fisioterapici

CADIPROF provvede al rimborso delle spese sostenute per trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e/o curativi a seguito di malattia.

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

a) **Trattamenti fisioterapici a seguito di Infortunio**

Pagamento delle spese sostenute per trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempre che siano prescritti dal medico di base o dal medico curante (che dovrà indicare la patologia), purché per quest'ultimo la specializzazione sia attinente con quanto abbia prescritto (ovvero sia un' ortopedico o un fisiatra) e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, che dovrà riportare la specifica dei trattamenti effettuati.

Elenco delle prestazioni fruibili:

- kinesiterapia
- chiropratica
- ionoforesi
- ultrasuoni
- radar
- massoterapia
- magnetoterapia

Modalità di utilizzo della garanzia:

Strutture sanitarie e personale convenzionato

Le spese per le prestazioni erogate al dipendente vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Strutture sanitarie e personale non convenzionato

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni trattamento fisioterapico o ciclo di terapia.

Strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Rimborso integrale dei ticket sanitari nel limite del massimale assicurato.

b) **Trattamenti fisioterapici curativi a seguito di malattia**

CADIPROF provvede al rimborso di un massimo di 15 sedute (con importo massimo rimborsabile pari a 250€ per anno solare) per trattamenti fisioterapici a scopo terapeutico, sempre che siano prescritti dal medico di base o dal medico curante, purché per quest'ultimo la specializzazione sia attinente con quanto abbia prescritto (ovvero sia un ortopedico o un fisiatra) e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, che dovrà riportare la specifica dei trattamenti effettuati. È prevista l'agopuntura effettuata ai soli fini antalgici, sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggi, pressoterapia e shiatsu.

Modalità di utilizzo della garanzia:

Strutture sanitarie e personale convenzionato

Le spese per le prestazioni erogate al dipendente vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, fino al massimale annuo previsto.

Strutture sanitarie e personale non convenzionato

Le spese per le prestazioni erogate al dipendente vengono liquidate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, fino al massimale annuo previsto.

Strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Rimborso integrale dei ticket sanitari fino al massimale annuo previsto.

Il massimale annuo generale rimborsabile, per il complesso delle prestazioni di cui a i punti a) e b), è di € 750,00.

Modalità di prenotazione in Strutture convenzionate:

Per prenotare in una Struttura convenzionata ed ottenere l'autorizzazione bisogna registrarsi sul sito www.unisalute.it oppure scaricare l'App "**UniSalute UP**" e dalla propria area riservata **utilizzare la funzione di prenotazione online (+ FAI UNA NUOVA PRENOTAZIONE)**: è veloce e consente di sapere immediatamente se la prestazione richiesta è coperta dal Piano Sanitario e se la Struttura è convenzionata; si riceverà direttamente via sms e/o e-mail la conferma dell'appuntamento con l'autorizzazione.

In alternativa, è possibile contattare il **Numero Verde 800 016635**, attivo dal lunedì al venerdì con orario continuato 08:30/19:30.

Modalità di richiesta rimborso:

- dal sito www.unisalute.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata, andando su "richiedi un nuovo rimborso" e sezione "Fisioterapie";
- attraverso l'App Unisalute "UniSalute UP" registrandosi ed accedendo alla propria area riservata;
- tramite spedizione postale a: Centrale Operativa CADIPROF c/o UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8, - 40138 - Bologna (BO), allegando la documentazione richiesta (in fotocopia) e compilando il Modulo rimborso Piano Sanitario che può scaricare dal sito CADIPROF, contrassegnando il punto D.

12. Prevenzione cardiovascolare e oncologica

La Cassa provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate, secondo quanto indicato di seguito, in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione ed autorizzazione. Le prestazioni previste per ciascun pacchetto dovranno essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per ogni Dipendente una volta all' anno:
• Alanina aminotransferasi ALT
• Aspartato Aminotransferasi AST
• Colesterolo HDL
• Colesterolo LDL
• Colesterolo totale
• Creatinina

• Esame emocromocitometrico e morfologico completo
• Gamma GT
• Glicemia
• Uricemia
• Trigliceridi
• Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
• Tempo di protrombina (PT)
• TSH reflex
• Urea – azotemia
• VES
• Urine; esame chimico, fisico e microscopico
• **Feci:** ricerca del sangue occulto
Prestazioni previste una volta ogni due anni
Rischio cardiovascolare
• ECG
• Visita cardiologica
Prestazioni previste una volta ogni due anni per le donne con età pari o superiore a quella specificamente indicata:
Rischio oncologico
• Pap-test più visita ginecologica (per le donne con età pari o superiore a ventinove anni)
• Ecografia mammaria (per le donne con età pari o superiore a ventinove anni)
• Mammografia (per le donne con età pari o superiore a quaranta anni)
Prestazioni previste una volta ogni due anni per gli uomini con età pari o superiore a quarantacinque anni:
Rischio oncologico
• PSA (specifico antigene prostatico)

Per prenotare in una Struttura convenzionata ed ottenere l'autorizzazione bisogna registrarsi sul sito www.unisalute.it oppure scaricare l'App "UniSalute UP" e dalla propria area riservata utilizzare la funzione di prenotazione online (+ FAI UNA NUOVA PRENOTAZIONE) sezione Pacchetti Prevenzione: è veloce e consente di sapere immediatamente se la Struttura è convenzionata e si riceverà direttamente via sms e/o e-mail la conferma dell'appuntamento con l'autorizzazione.

In alternativa, è possibile contattare il **Numero Verde 800 016635**, attivo dal lunedì al venerdì con orario

continuato 08:30/19:30.

Nel solo caso in cui la provincia di domicilio o residenza risulti priva di strutture convenzionate con UniSalute, si

prevede la possibilità di eseguire le prestazioni anche in strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

13. Come prenotare le prestazioni del Piano Sanitario nelle strutture convenzionate

Per prenotare le prestazioni in strutture convenzionate (ad eccezione dei ricoveri*) puoi utilizzare due canali:

- **Funzione on-line, dall'area riservata UniSalute** (da sito www.unisalute.it o da app **UnisaluteUp**) cliccando su +FAI UNA NUOVA PRENOTAZIONE.

Con questa procedura puoi sapere immediatamente se la prestazione richiesta è coperta dal Piano Sanitario e se il medico e la struttura sono convenzionati. **Al termine della procedura riceverai direttamente via sms e/o email la conferma dell'appuntamento con l'autorizzazione.**

- Canale telefonico, contattando il **Numero Verde della Centrale Operativa 800 016635,** attivo dal lunedì al venerdì con orario continuato 08:30 – 19:30 e selezionando l'interno 1.

*Attenzione: per le **prestazioni dell'area Ricovero** bisogna contattare preventivamente il **Numero Verde 800 016635** (dall'estero 0039 051 6389046): non è possibile prenotare il ricovero autonomamente con procedura web.

14. Come presentare i rimborsi del Piano Sanitario

Per chiedere il rimborso delle spese sostenute puoi utilizzare due canali:

- **Funzione on-line, dall'area riservata UniSalute** (da sito www.unisalute.it o da app **UnisaluteUp**) cliccando su RICHIEDI RIMBORSO. Basterà caricare il documento di spesa e la relativa documentazione richiesta dalla specifica garanzia ed inviare la pratica con un click.
- **Spedizione postale** della pratica cartacea: in alternativa dovrai stampare il Modulo di richiesta rimborso e inviarlo per posta a **CADIPROF c/o UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8, 40138 Bologna BO**, con allegata la copia fotostatica delle spese sostenute (fatture, ticket e/o ricevute) e, in base alla prestazione, la specifica documentazione indicata in ogni singola garanzia.

15. Servizi di Consulenza

a) **Informazioni sanitarie telefoniche**

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

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

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

c) **Pareri medici immediati**

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

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al **numero verde 800 016635** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il numero: **prefisso per l'Italia +39 0516389046** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

16. Servizio Monitor Salute programma di monitoraggio patologie croniche

Gli iscritti di **età maggiore ai 50 anni** e che soffrono di **diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)** possono usufruire **gratuitamente** di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici per una gestione più semplice di tali patologie croniche.

Il **Servizio Monitor Salute** è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute.

Per attivare il Servizio, **l'Iscritto dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute"** presente sul sito www.unisalute.it all'interno della propria Area Riservata.

Nel caso in cui l'assistito presenti i requisiti per entrare nel **programma di telemonitoraggio**, SiSalute provvederà all'invio **dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi.**

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800 169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800 244262.

L'Iscritto che entrerà a far parte del programma di monitoraggio della cronicità avrà inoltre a disposizione **un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità.**

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, previa richiesta di prenotazione ed autorizzazione, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e previa verifica di ciò con la Centrale Operativa, verrà autorizzato da UniSalute a rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società e le spese sostenute verranno rimborsate a posteriori senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per persona.

17. Elenco strutture convenzionate

CADIPROF mette a disposizione dei propri Iscritti la rete di strutture sanitarie appositamente selezionate e convenzionate da UniSalute S.p.A., in grado di offrire un servizio globale e di assoluta qualità. La rete copre tutto il territorio italiano e vi aderiscono circa 2.310 tra Case di Cura, Ospedali, Poliambulatori, Centri diagnostici.

Ogni struttura garantisce professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità che, uniti alla modernità dei centri, offrono uno standard di alto profilo sia per quanto riguarda le prestazioni di routine, che per le esigenze di alta specializzazione sanitaria.

Al pagamento delle prestazioni eseguite presso le strutture convenzionate provvede direttamente CADIPROF con i limiti e le modalità illustrate nel Piano Sanitario.

La documentazione di spesa per le prestazioni effettuate in strutture convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'iscritto.

Le strutture sanitarie convenzionate, che sono in costante aggiornamento, sono consultabili dalla propria area riservata e proposte in fase di prenotazione della prestazione. Puoi consultarle accedendo dal seguente link:

https://www.unisalute.it/rete-convenzionata/

18. Importanti Precisazioni

ALCUNE IMPORTANTI PRECISAZIONI

Le garanzie esposte si attivano a favore del dipendente a partire dal primo giorno del quarto mese successivo alla data di iscrizione.

Il diritto alle prestazioni per il familiare decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui il dipendente iscritto effettua l'inserimento dello stesso sul portale Cadiprof.it e termina con la cessazione della copertura del lavoratore iscritto. Le garanzie a favore dei familiari sono erogate a condizione che gli stessi non risultino già iscritti a Cadiprof in qualità di dipendenti titolari di copertura principale. Se un dipendente è iscritto a Cadiprof in qualità di titolare, non può essere registrato anche come familiare di un altro dipendente iscritto.

Per tutti i dettagli e condizioni della copertura si rimanda alle Disposizioni Generali e Regolamento Amministrativo Cadiprof.

Per l'utilizzo delle strutture sanitarie private convenzionate con la UniSalute S.p.A. è sempre necessario richiedere preventivamente l'autorizzazione della prenotazione alla Centrale Operativa UniSalute, attraverso l'area dedicata alle prenotazioni on-line oppure telefonando al numero verde 800.016635.

Salvo il caso in cui non è richiesta, la prescrizione medica deve riportare sempre il quesito diagnostico e quindi una presunta o accertata patologia che ha reso necessaria la prestazione.

19. Termini utilizzati

DEFINIZIONE DEI TERMINI UTILIZZATI

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata con CADIPROF

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con i quali sono stati definiti accordi per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel postintervento.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

Indennizzo

La somma dovuta da CADIPROF in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato da CADIPROF in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'iscritto.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'iscritto l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'iscritto.

Massimale

Somma massima a disposizione relativa alla specifica garanzia che può essere indicata per periodo e/o per evento.

DECORRENZA DELLA COPERTURA

Le garanzie sono prestate a favore di tutti i lavoratori nei cui confronti è applicato il CCNL per i dipendenti degli studi professionali, iscritti ed in regola con i versamenti.

La copertura delle prestazioni in garanzia decorre dal 1° giorno del 4° mese successivo all'iscrizione, salvo quanto diversamente previsto dal Regolamento.

20. Condizioni Generali

Per l'attivazione delle garanzie non è richiesta la compilazione di questionario sanitario.

Sono altresì sempre esclusi:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 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);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito 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'Assistito 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;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Estensione territoriale

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

Limiti di età

Il piano sanitario opera per il singolo dipendente fino a quando lo stesso permanga in rapporto di lavoro dipendente secondo il CCNL degli Studi Professionali.

Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

a) Prestazioni in strutture Sanitarie non convenzionate con CADIPROF

La documentazione di spesa (fatture e ricevute) ricevuta in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri e si restituisce all'iscritto, con cadenza mensile, l'eventuale documentazione originale ricevuta o richiesta.

Sarà, inoltre, inviato al dipendente il riepilogo trimestrale delle richieste di rimborso liquidate e non, nel corso del trimestre, e annualmente sarà inviato il riepilogo di tutta la documentazione di spesa con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico.

b) Prestazioni in strutture convenzionate CADIPROF

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate con CADIPROF viene consegnata direttamente dalla struttura all'iscritto debitamente quietanzata.

PER INFORMAZIONI SUL PIANO SANITARIO CONTATTARE IL **NUMERO VERDE 800016635**

Nomenclatore Pacchetto Famiglia

1. Che cos'è il Pacchetto Famiglia

Introdotto per la prima volta in via sperimentale nel 2009, il Pacchetto Famiglia è diventato in breve tempo uno dei pilastri dell'assistenza CADIPROF, uno strumento di sostegno alle lavoratrici e ai lavoratori degli studi professionali per gli specifici bisogni legati alla famiglia, nell'ottica di agevolare quanto più possibile la conciliazione tempi di vita - tempi di lavoro.



2. Spese di assistenza pediatrica nel 1°anno

CADIPROF rimborsa agli iscritti le spese sostenute per l'assistenza ai propri figli di età non superiore ad un anno entro un ammontare massimo di copertura di **euro 250,00**. Il rimborso può essere richiesto per l'acquisto, durante il periodo di copertura, dei seguenti prodotti, presidi sanitari e/o prestazioni mediche:

1. FARMACI PRESCRITTI DAL MEDICO CURANTE
2. PRODOTTI E PRESIDI SANITARI (omogeneizzati, pannolini, latte artificiale, termometro, inalatori, prodotti medicali e similari)
3. PRESTAZIONI MEDICHE, DIAGNOSTICHE, TERAPEUTICHE (ivi compresi i ticket e con esclusione delle prestazioni odontoiatriche) prescritte dal medico curante.

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture intestati esclusivamente all'iscritto o al figlio/a, unitamente alla relativa prescrizione del medico curante in caso di richiesta rimborso delle spese per farmaci o prestazioni mediche e sanitarie. Per le spese di cui al punto 2. (prodotti e presidi), scontrini e/o ricevute (anche non parlanti) contenenti solo i prodotti rimborsabili;
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

Può essere presentata **una sola richiesta di rimborso per l'intera somma erogabile**. Suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "SP Assistenza pediatrica 0-1 anno".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" per la validazione.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni:

I documenti di spesa di carattere medico (es, visite, ticket, accertamenti medici) dovranno essere intestati al figlio beneficiario della garanzia, mentre gli scontrini parlanti relativi a farmaci, parafarmaci e dispositivi medici possono essere intestati al figlio o all'iscritto.

Gli acquisti effettuati presso Supermercati e/o Negozi (es. alimenti, pannolini, salviette) possono essere sprovvisti del codice fiscale dell'acquirente: è necessario, però, che lo scontrino contenga esclusivamente i prodotti per il bambino (la presenza anche di prodotti per la famiglia comporta l'impossibilità di inserire le spese a rimborso).

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento; nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

Non sono accettati documenti di spesa con data precedente a quella della nascita del figlio/a e successive alla data del compimento di 1 anno.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.



3. Spese di assistenza pediatrica (1 - 2 anni)

CADIPROF rimborsa agli iscritti le spese sostenute per l'assistenza medico-sanitaria ai propri figli di età superiore ad un anno ed inferiore a tre, entro un ammontare massimo di **euro 250 complessivi per i due anni.** Il rimborso può essere richiesto, durante il periodo di copertura, per le seguenti prestazioni:

- FARMACI PRESCRITTI DAL MEDICO CURANTE;
- PRESTAZIONI MEDICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE PRESCRITTE DAL MEDICO CURANTE (ivi compresi i ticket) e con esclusione delle spese odontoiatriche, sostegno psicologico, vaccinazioni e tutte quelle prestazioni che sono già oggetto di rimborso di una specifica garanzia.

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Scontrini fiscali parlanti, ticket, ricevute e/o fatture intestati esclusivamente all'iscritto o al figlio/a, unitamente alla relativa prescrizione del medico curante di farmaci o prestazioni mediche e sanitarie;
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

Può essere presentata **una sola richiesta di rimborso per l'intera somma erogabile**. Suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "SPA - Assistenza Pediatrica Aggiuntiva (1-2 anni)".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" per la validazione.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni:

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento; nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

I documenti di spesa di carattere medico (visite, ticket, accertamenti medici) devono essere intestati al figlio beneficiario, se intestati all'iscritto devono riportare in descrizione il nominativo e codice fiscale del figlio. Mentre, gli scontrini parlanti relativi a farmaci possono essere intestati al figlio o all'iscritto, ma in ogni caso sempre con allegata prescrizione medica per il figlio.

Non sono accettati documenti di spesa con data precedente a quella del compimento di 1 anno del figlio/a e successive alla data del compimento dei 3 anni.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.



4. Spese pediatriche figli dai 3 ai 14 anni (non compiuti)

Nuova Garanzia in vigore dal 1.1.2025 (quindi per documenti di spesa con data successiva al 1.1.2025)

CADIPROF rimborsa agli iscritti le spese sostenute per l'assistenza medico-sanitaria ai propri figli di età superiore ai 3 anni ed entro il compimento dei 14, entro un ammontare massimo di **euro 60 l'anno.** Il rimborso può essere richiesto, durante il periodo di copertura, per le seguenti prestazioni:

- FARMACI PRESCRITTI DAL MEDICO CURANTE;
- PRESTAZIONI MEDICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE PRESCRITTE DAL MEDICO CURANTE (ivi compresi i ticket) e con esclusione delle spese odontoiatriche, sostegno psicologico, vaccinazioni e tutte quelle prestazioni che sono già oggetto di rimborso di una specifica garanzia.

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Scontrini fiscali parlanti, ticket, fatture o ricevute fiscali, intestati esclusivamente al figlio/a o all'iscritto (in tal caso è necessario che i documenti di spesa riportino il nominativo del beneficiario che ha usufruito della prestazione). I documenti di spesa devono indicare in modo chiaro le prestazioni effettuate e il dettaglio delle voci di costo;
- Prescrizioni del medico curante relative ai farmaci acquistati o alle prestazioni sanitarie praticate;
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

Per ciascun anno può essere presentata **una sola richiesta di rimborso per l'intera somma erogabile.** Suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "SPA14 Spese pediatriche figli 3-14 anni".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" per la validazione.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni:

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento. Nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

I documenti di spesa di carattere medico (visite, ticket, accertamenti medici) devono essere intestati al figlio beneficiario, se intestati all'iscritto devono riportare in descrizione il nominativo e codice fiscale del figlio. Mentre, gli scontrini parlanti relativi a farmaci possono essere intestati al figlio o all'iscritto, ma in ogni caso sempre con allegata prescrizione medica per il figlio.

Sono esclusi dal rimborso i certificati medici di qualsiasi natura.

Il superamento del requisito dell'età interrompe il diritto alla prestazione, saranno quindi accettate esclusivamente spese con data precedente a quella del compimento dei 14 anni del figlio.

Il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa. Si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.



5. Spese per frequenza di Asilo Nido

CADIPROF rimborsa agli iscritti il **20% delle spese** sostenute per la frequenza all'Asilo nido dei propri figli di età inferiore a tre anni, entro un ammontare massimo di rimborso di **euro 600,00** per anno scolastico (elevato ad euro 800,00 nel caso di figli portatori di handicap ex legge 104/92). La copertura è rivolta alle spese per Asilo Nido, sono escluse le spese relative alla Scuola d'infanzia o Materna. La garanzia opera per un massimo di due annualità scolastiche (settembre-agosto).

Il rimborso può essere richiesto dagli iscritti per le seguenti spese sostenute durante il periodo di copertura:

- QUOTA DI ISCRIZIONE RELATIVA ALL'ANNO SCOLASTICO (settembre-agosto)
- RETTA ANNUALE E/O RETTE MENSILI RELATIVE ALL'ANNO SCOLASTICO (settembre-agosto)
- QUOTE AGGIUNTIVE PER REFEZIONE O ATTIVITÀ DI SUPPORTO

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Fatture e/o ricevute fiscalmente valide, bollettini postali, quietanze, (no bonifici), intestate al bambino frequentante e/o esclusivamente al dipendente iscritto titolare della spesa, rilasciate da asili nido pubblici o privati che evidenzino l'annualità scolastica, l'ammontare della spesa annuale o mensile pagata;

- Copia del verbale rilasciato dalla ASL di appartenenza ai sensi della Legge 104/1992 nel caso di richiesta del contributo maggiorato;
- Copia dell'ultima busta paga.

ATTENZIONE Nel caso in cui l'iscritto/a richiedesse a Cadiprof di erogare un rimborso parziale tenendo conto di una parte di rimborso già precedentemente ricevuta da altro Ente, ad esempio del **Bonus INPS Asilo Nido**, Cadiprof potrà tenerne conto, ma sarà cura dell'iscritto calcolare e dichiarare la parte rimasta a suo carico (al netto dei bonus/contributi/rimborsi ricevuti) sulla quale richiede a Cadiprof il rimborso. Nel modulo di richiesta rimborso non si dovrà quindi inserire il totale della retta pagata bensì l'importo rimasto a carico dall'iscritto, esempio: Fattura mensile emessa dall'Asilo di 300€ con bonus INPS ricevuto di €200. Importo rimasto a carico e richiesto a Cadiprof 100€ (ovvero 300€-200€). È comunque necessario trasmettere, oltre ai documenti di spesa, anche la documentazione attestante il rimborso ricevuto.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

Può essere presentata u**na sola richiesta di rimborso per l'intera somma erogabile per ciascun anno scolastico**. Ricordiamo che il **rimborso è pari al 20%** e che l'**anno scolastico** va da settembre ad agosto dell'anno successivo, pertanto suggeriamo di attendere il termine dell'annualità scolastica per raccogliere tutte le spese utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "AN - Frequenza asilo nido".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" per la validazione.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni:

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento. Nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

I documenti di spesa devono essere intestati esclusivamente all'iscritto Cadiprof o al figlio/a beneficiario/a; in nessun caso possono essere accettati se intestati al genitore non iscritto a Cadiprof.

Il superamento del requisito dell'età interrompe il diritto alla prestazione, saranno quindi accettate esclusivamente spese con data precedente a quella del compimento dei 3 anni del figlio, fatta eccezione per la Sezione Primavera.

Il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa. Si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.



6. Contributo a sostegno della paternità

CADIPROF rimborsa agli **iscritti** le spese sostenute per la **gravidanza della coniuge o convivente** more uxorio non iscritta, nell'ammontare massimo di **euro 1.000**. Il massimale è riconosciuto **per evento** * anche in caso di gravidanza a cavallo di due anni.

*Solo in caso di più gravidanze nello stesso anno solare non portate a termine per interruzione, Cadiprof riconosce comunque il rimborso ma il massimale dei 1.000 euro è erogato per anno e non per ciascun evento.

Il rimborso può essere richiesto, durante il periodo di copertura, per le seguenti prestazioni effettuate per il monitoraggio della gravidanza: **visite specialistiche ginecologiche, ecografie ostetrico-ginecologiche (compresa la morfologica), analisi clinico-chimiche, indagini genetiche (amniocentesi, villocentesi, esami prenatali su DNA fetale anche NIPT test).**

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Certificazione medica dello stato di gravidanza della coniuge/convivente dalla quale evincere la durata presunta della gravidanza;
- Ricevute, ticket, fatture che evidenzino la prestazione ricevuta, intestati all'iscritto o al beneficiario della garanzia;
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

Può essere presentata **una sola richiesta di rimborso per l'intera somma erogabile**. Suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "PA Paternità".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" per la validazione.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni:

Non rientrano in garanzia prestazioni ostetriche effettuate e fatturate da tale figura professionale.

In caso di convivenza per vincoli affettivi è necessario che vi sia la stessa residenza ed appartenenza allo Stato di Famiglia dell'iscritto Cadiprof. Diversamente, la richiesta di rimborso potrà essere presentata solo al termine della gravidanza, allegando anche il Certificato di nascita del figlio/a con evidenza della genitorialità.

Si ricorda che le iscritte Cadiprof devono chiedere ad UniSalute il rimborso delle loro spese in gravidanza.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.



7. Procreazione Medicalmente Assistita - PMA

CADIPROF rimborsa le spese sostenute in caso di fecondazione assistita (PMA) effettuata nel rispetto delle leggi vigenti dello Stato Italiano. E possono pertanto accedere alla garanzia coppie composte da soggetti maggiorenni di sesso diverso, coniugati o conviventi.

L'ammontare massimo del contributo erogabile è di **euro 1.200** per ciascun ricorso al trattamento (si intende per trattamento il singolo transfer) e per un massimo di tre tentativi.

La prestazione può essere richiesta dalla coppia in cui almeno uno dei due componenti risulti regolarmente in copertura con CADIPROF.

Sono rimborsabili **esclusivamente** le spese, sostenute durante il periodo di copertura, per:

A) **Trattamenti farmacologici praticati per la induzione della crescita follicolare multipla ed i relativi monitoraggi ecografici;**

B) **Prestazioni medico-chirurgiche riferite alla tecnica della PMA (prelievo degli ovociti e transfer degli embrioni).**

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Copia del Piano Terapeutico e copia della lettera di dimissioni della Struttura Sanitaria relativa al ricovero per il transfer;
- Ricevute, ticket, fatture che evidenzino il farmaco acquistato e/o la prestazione medico – chirurgica ricevuta, intestati all'iscritto o al beneficiario della garanzia;
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

Per ciascun ricorso al trattamento può essere presentata **una sola richiesta di rimborso per l'intera somma erogabile**. Suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "PMA - Procreazione medicalmente assistita".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" per la validazione.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni:

Il dipendente iscritto a Cadiprof può beneficiare della garanzia per la propria coniuge/convivente solo se la stessa non risulti a sua volta già iscritta a Cadiprof, poiché in tal caso deve essere la dipendente iscritta a presentare la domanda per sé stessa.

In caso di convivente more uxorio è necessario che vi sia la stessa residenza ed appartenenza allo Stato di Famiglia dell'iscritto Cadiprof. Diversamente, la richiesta di rimborso potrà essere accettata solo se i due soggetti conviventi sono presenti nel Piano Terapeutico.

È prevista qualsiasi tecnica di PMA (FIVET, ICSI, IU/IUV/IUI/ICI/ITI, IAC/IAD/AIH), mentre, non rientra nella garanzia la tecnica di primo livello di sola stimolazione farmacologica dell'ovulazione accompagnata da rapporti mirati con il partner. Rientra sia la fecondazione omologa che eterologa, in questo ultimo caso non rientra la spesa relativa all'acquisto degli ovociti e/o di liquido seminale. Né sono comprese le spese per il congelamento embrioni.

Non rientrano tutte le prestazioni/esami/analisi di indagine preliminare e/o preparatorie ed altre prestazioni o farmaci durante e dopo il percorso differenti da quelle indicate. I farmaci previsti a rimborso sono esclusivamente quelli contenenti il principio attivo delle GONADOTROPINE (ormone follicolo-stimolante) che hanno la funzione di stimolare l'ovulazione e vengono assunti nel momento che precede il trattamento (pick-up e transfer).

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

8. Assistenza per familiare non autosufficiente con connotazione di gravità

Contributo per l'assistenza e la cura di persona non autosufficiente.

Avviso importante: a partire da gennaio 2026, Cadiprof prevede l'aumento del massimale annuo di rimborso delle spese sostenute per i familiari non autosufficienti con connotazione di gravità. Il limite passa da 1.200€ a 2.400€ erogati per ciascun familiare e per l'iscritto. Il nuovo importo sarà riconosciuto esclusivamente per le richieste di rimborso presentate dal 1° gennaio 2026.

CADIPROF rimborsa agli iscritti le spese sostenute per sé stessi e per i familiari in condizione di grave non autosufficienza nell'ammontare massimo di **euro 2.400 annui**. La prima erogazione viene effettuata all'atto della richiesta del dipendente. Le erogazioni successive alla prima avvengono trascorso almeno un anno dalla data della richiesta precedente per le spese sostenute nel periodo intercorso.

Il rimborso può essere richiesto dal dipendente in copertura attiva CADIPROF da almeno 6 mesi dalla data della richiesta, per le spese sostenute, in costanza di copertura, per sé stesso e/o per ciascun familiare in linea retta o collaterale di 1° grado (figlio/a, marito/moglie, genitore, fratello/sorella) che necessita di cure e assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita e d**isabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3.** Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

- STRUMENTI E/O PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIFICA ALLA PERSONA (quali carrozzina, badante, infermiera, rette di Istituti di accoglienza, o similari)
- PRESTAZIONI MEDICHE E/O PRESIDI ACQUISTATI SU PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (visite, analisi, farmaci, pannoloni, creme da decubito, presidi sanitari di supporto o similari, con esclusione delle spese odontoiatriche).

Non sono rimborsabili le prestazioni di assistenza specifica svolte da familiari del dipendente o del non autosufficiente.

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Copia del verbale rilasciato dalla ASL relativo al riconoscimento della Legge104/1992 art. 3 comma 3 ("grave condizione di non autosufficienza");
- Copia dei documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, ticket, rette di Istituti di Ricovero) riferiti alle spese di assistenza sostenute per il soggetto non autosufficiente fino a concorrenza della somma erogabile intestati al dipendente o al familiare non autosufficiente;
- Copia della prescrizione del medico curante per le prestazioni mediche, i farmaci e i presidi sanitari;
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

Può essere presentata **una sola richiesta di rimborso in unica soluzione per l'intera somma erogabile.** Non è possibile integrare la richiesta con ulteriori invii, suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "NA - Assistenza di familiare non autosufficiente - L. 104/92 art. 3 c. 3".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" per la validazione.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni:

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento; nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

La garanzia non prevede il rimborso di dispositivi tecnici (ad esempio Tablet o PC): in via estensiva, Cadiprof si riserva di valutarne l'ammissibilità se il dispositivo è strettamente necessario e funzionale al tipo di invalidità (indicazione nel Verbale). In tal caso, è richiesto che il documento di spesa sia intestato al familiare beneficiario della garanzia, sia applicata in fattura l'IVA al 4% e ci sia la prescrizione medica del dispositivo rilasciata dall'ASL.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.



9. Assistenza a figli non autosufficienti senza connotazione di gravità Progetto sperimentale in vigore dal 1.1.2020 al 31.12.2026

CADIPROF rimborsa agli iscritti (nel periodo di validità della garanzia) il **50% delle spese** sostenute, dal compimento del terzo anno di età fino al compimento del 18 anno di età, per l'assistenza e la cura del figlio/a (compresi i figli in adozione o in affidamento) che presenti una disabilità riconosciuta **ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 1.**

L'importo verrà riconosciuto per l'ammontare massimo di **euro 600** annui.

La prima erogazione viene effettuata all'atto della richiesta del dipendente. Le erogazioni successive alla prima avvengono trascorsi almeno dodici mesi dalla data della richiesta precedente per le spese sostenute nel periodo intercorso.

Il rimborso può essere richiesto dal dipendente in copertura CADIPROF da almeno 6 mesi dalla data della richiesta, per le spese sostenute, in costanza di copertura, per ciascun figlio/a non autosufficiente senza connotazione di gravità che necessiti di assistenza ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 1. Ad esempio, in seguito a patologie quali: Disturbi Pervasivi dello sviluppo (DPS), Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), o qualsiasi minorazione fisica, psichica o sensoriale che è causa di difficoltà di apprendimento e di relazione tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

- PRESTAZIONI MEDICHE E/O PRESIDI E/O DISPOSITIVI TECNICI ACQUISTATI SU PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (visite, analisi, farmaci, terapie di supporto, [come logopedista, pet-therapy o similari] con esclusione delle spese odontoiatriche).

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Copia del verbale ASL validato dal Centro Medico Legale (CML) dell'Inps di appartenenza ai sensi della Legge104/1992 art. 3 comma 1;
- Copia dei documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, ticket) riferiti alle spese sostenute per il figlio/a fino a concorrenza della somma erogabile, intestati al dipendente o al figlio/a;

- Copia della prescrizione del medico curante per le prestazioni mediche, i farmaci, i presidi sanitari e/o dispositivi tecnici (per questi dispositivi la prescrizione non deve avere una data superiore ai sei mesi dalla data di emissione della relativa fattura);
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

Può essere presentata **una sola richiesta di rimborso in unica soluzione per l'intera somma erogabile**. Non è possibile integrare la richiesta con ulteriori invii, suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "NAF - Assistenza del figlio non autosufficienza L. 104/92 art.3 comma 1".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" per la validazione.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni:

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento; nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

Il rimborso dei dispositivi tecnici (ad esempio Tablet, PC) viene erogato esclusivamente con prescrizione medica e se il documento di spesa è intestato al figlio beneficiario della garanzia.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

10. Rimborso vaccinazioni facoltative per iscritto e familiari

Garanzia in vigore dal 1.1.2025 (quindi per documenti di spesa con data successiva al 1.1.2025)

Per chiedere i rimborsi delle prestazioni effettuate e saldate entro il 31.12.2024, fare riferimento al precedente Regolamento consultabile qui Rimborso vaccinazioni fino al 31/12/2024

CADIPROF rimborsa agli iscritti il **50% *** delle spese sostenute durante il periodo di copertura per i trattamenti vaccinali **riguardanti loro stessi, i coniugi/conviventi e i loro figli.**

*** Il 100% del costo del vaccino Anti-Influenzale**

Massimale di rimborso riconosciuto:

Il massimale annuo di rimborso riconosciuto per l'intero nucleo familiare è pari ad **euro 250**. L'iscritto può decidere liberamente di utilizzare il plafond come desidera in base alla necessità con la possibilità di beneficiarne interamente per sé stesso o, volendo, per il nucleo familiare.

Sono compresi in garanzia:

- Vaccino Anti-Influenzale stagionale

- Vaccino Anti HPV
- Vaccino Anti Meningococco Quadrivalente ACW135Y
- Vaccino Anti Meningococco B
- Vaccino Anti Pneumococco
- Vaccino Anti Difterite Tetano Pertosse
- Vaccino Anti Morbillo Rosolia
- Vaccino Anti Epatite A (con prescrizione medica per patologia Gruppi a rischio: vedi allegato)

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Scontrini fiscali parlanti, ticket, fatture o ricevute fiscali intestati al beneficiario della garanzia (soggetto che usufruisce della prestazione). Qualora le spese siano intestate all' iscritto Cadiprof, è necessario che nel documento di spesa fiscalmente valido venga riportato in descrizione il nominativo e il codice fiscale del familiare che ha usufruito della prestazione;
- Prescrizione del medico curante o Attestazione del medico curante o del pediatra;
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

L'iscritto dovrà presentare una domanda per ciascun beneficiario, allegando tutte le spese sostenute nell'anno in una sola richiesta di rimborso, per l'intera somma erogabile.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "VAC - Rimborso Vaccinazioni iscritto e familiari dal 1-1-2025".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" per la validazione.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni:

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento. Nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

Il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa. Si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

11. Rimborso Lenti da vista per iscritto e figli 0-18 (a partire dal 1.1.2025)

Per consultare il precedente regolamento in vigore fino al 31.12.2024 (cioè per documenti di spesa con data fino al 31.12.2024) vai su Rimborso Lenti da Vista fino al 31/12/2024

Garanzia in vigore dal 1.1.2025 (quindi per documenti di spesa con data successiva al 1.1.2025)

CADIPROF rimborsa agli iscritti parte delle spese sostenute per l'acquisto **per sé stessi e per i propri figli di età inferiore ai 18 anni** di **lenti da vista** che siano state **prescritte dal medico oculista** per difetti visivi. La prescrizione dell'oculista non deve essere stata emessa più di un anno prima della data di acquisto. Sono ammessi a rimborso sia l'occhiale da vista sia le lenti a contatto correttive.

Massimale di rimborso riconosciuto:

Percentuale di rimborso: **40%** della spesa con un **massimale annuo per nucleo familiare di euro 90.**

Extra Massimale aggiuntivo di ulteriori 40€ (una tantum) per gli acquisti effettuati presso la rete dei negozi fisici **Salmoiraghi & Viganò e GrandVision** (Gruppo Essilor-Luxottica).

Tale importo viene applicato una sola volta nel caso in cui la richiesta contenesse un acquisto per l'iscritto e un acquisto per il figlio.

- Esempio di rimborso
- Spesa per occhiale da vista € 225
- Fuori Rete: Rimborso Cadiprof € 90 (=40%)
- Rete Salmoiraghi & Viganò / Grand Vision: Rimborso Cadiprof € 90 + extra massimale € 40 = totale rimborso € 130.

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Scontrini parlanti, fatture o ricevute fiscali intestati al beneficiario della garanzia (soggetto che usufruisce della prestazione). Qualora le spese siano intestate all' iscritto Cadiprof, è necessario che nel documento di spesa fiscalmente valido venga riportato in descrizione il nominativo e il codice fiscale del familiare che ha usufruito della prestazione;
- Prescrizione del medico oculista emessa non oltre un anno prima della data del documento di spesa;
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

L'iscritto dovrà presentare una domanda per ciascun beneficiario, allegando tutte le spese sostenute nell'anno in una sola richiesta di rimborso, per l'intera somma erogabile. Suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese dell'anno utili al raggiungimento del massimale (ad esempio per le lenti a contatto). Il massimale annuo è per nucleo familiare.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "VISTA - Rimborso Lenti da Vista iscritto e figli dal 1-1-2025".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata: Anagrafiche Dipendente e Familiari.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni

Sono ammesse anche lenti multifocali o progressive sempre nell'ambito dell'importo concedibile. È possibile inserire in una stessa richiesta di rimborso più acquisti differenziati, anche di occhiale da vista e lenti a contatto.

Dalla prescrizione dell'oculista deve evincersi il tipo di difetto visivo dell'occhio che riduca, o comunque alteri, l'acuità visiva risolvibile con l'uso di lenti. Sono sempre escluse dal rimborso lenti per dispositivi di protezione individuale (es. antiriflesso per computer).

Non vengono accettate prescrizioni di ottici/ortottici, né prescrizioni dell'oculista che superino i 12 mesi precedenti alla data di acquisto delle lenti (per le lenti a contatto non oltre un anno dal primo acquisto).

Il **contributo extra** di 40€ è riconosciuto **esclusivamente per acquisti effettuati presso i punti vendita fisici** GrandVision e Salmoiraghi & Viganò. Sono **esclusi gli acquisti online**. Gli acquisti effettuati presso i negozi Salmoiraghi & Viganò e GrandVision devono essere comprovati dall'emissione della fattura con intestazione/ragione sociale Salmoiraghi & Viganò/ GrandVision. Va richiesto quindi in negozio di rilasciare la fattura di acquisto.

In presenza nella stessa richiesta di rimborso di più acquisti di cui alcuni in rete e altri no, si applicherà il trattamento di maggior favore riconoscendo anche l'extra massimale.

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento. Nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

Il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa. Si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

12. Prestazioni di consulenza psicologica per iscritto e figli 0-18

Nota: Dal 1.1.2025 vengono ampliati gli ambiti di intervento rivolti ai figli degli iscritti. Il regolamento del progetto Benessere in Famiglia in vigore fino al 31.12.2024 (cioè per documenti di spesa con data fino al 31.12.2024) prevedeva il rimborso del supporto psicologico per i figli solo per la motivazione "Disturbi dell'apprendimento e del neurosviluppo".

Garanzia in vigore dal 1.1.2025 (quindi per documenti di spesa con data successiva al 1.1.2025)

CADIPROF rimborsa parte delle spese sostenute dagli iscritti **per sé stessi e per i propri figli di età inferiore ai 18 anni** per la consulenza psicologica e la psicoterapia.

Massimale di rimborso:

Le sedute possono essere fatte presso:

- **Psicologi della rete CADIPROF/PLP** (Associazione degli Psicologi Liberi Professionisti).
- **Percentuale rimborso 50%** con massimale annuo complessivo di **euro 350**;
- **Psicologi fuori rete**
- **Percentuale rimborso 30%** con massimale annuo complessivo di **euro 150**.

La RETE PSICOLOGI CONVENZIONATI CADIPROF/PLP è consultabile al seguente link https://psyplp.it/cadiprof/

Presso la Rete degli Psicologi PLP convenzionati, gli iscritti CADIPROF potranno inoltre beneficiare di:

- **Colloquio informativo gratuito** finalizzato a determinare se il caso rientri nei termini della convenzione. È necessario far subito presente al professionista che si è iscritti a Cadiprof e chiedere preventivamente conferma che aderisca al progetto.
- Sconto del 10% sulla parcella del professionista (applicato dal professionista PLP);
- Rimborso Cadiprof più elevato.

AREE TEMATICHE DI SUPPORTO per l'iscritto

Le prestazioni di consulenza psicologica dell'iscritto devono rientrare almeno in una delle seguenti aree tematiche:

- Supporto relativo all'ambito lavorativo;
- Disturbi, Dipendenze, Disfunzioni sessuali, Traumi;
- Sostegno relativo a momenti di criticità della vita;
- Sostegno alla genitorialità*;
- Problematiche familiari e di coppia*;

* Si specifica che per le ultime due aree è possibile usufruire anche di consulenze che prevedano la partecipazione di altre persone del nucleo familiare insieme all'assistito (ad esempio consulenze di coppia e/o con i figli). Per il rimborso le fatture dovranno essere intestate esclusivamente all'iscritto Cadiprof.

AREE TEMATICHE DI SUPPORTO per i figli minori di 18 anni

Le prestazioni di consulenza psicologica del figlio con età inferiore ai 18 anni devono rientrare almeno in una delle seguenti aree tematiche:

- Criticità dell'età evolutiva;
- Dipendenze, Disfunzioni sessuali, Traumi;
- Problematiche familiari;
- Disturbi* (apprendimento e neurosviluppo; nutrizione e alimentazione; umore; ansia; ossessivo-compulsivo; schizofrenia/psicosi; somatici; comportamento; personalità; neuro cognitivi; sonno/veglia).

*Si specifica che non rientrano interventi per il supporto didattico.

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Attestazione Psicologo debitamente compilata e firmata dal professionista in caso di supporto psicologico presso professionisti non iscritti alla PLP Italia;
- Fatture e/o ricevute fiscali intestati al beneficiario della garanzia (soggetto che usufruisce della prestazione). Qualora le spese siano intestate all' iscritto Cadiprof, è necessario che nel documento di spesa fiscalmente valido venga riportato in descrizione il nominativo e il codice fiscale del familiare che ha usufruito della prestazione;
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

L'iscritto dovrà presentare una domanda per ciascun beneficiario, allegando tutte le spese sostenute nell'anno in una sola richiesta di rimborso, per l'intera somma erogabile.

Suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese dell'anno utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" sezione "PPN - Consulenza Psicologica".

Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata: Anagrafiche Dipendente e Familiari.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni:

Si ricorda che fino al 31/12/2024 il rimborso per il supporto psicologico dei figli con età inferiore ai 18 anni era previsto esclusivamente per l'ambito: Disturbi dell'apprendimento e del neurosviluppo.

Il massimale annuo di rimborso è riconosciuto per l'intero nucleo familiare. L'iscritto può decidere liberamente di utilizzare il plafond come desidera in base alla necessità con la possibilità di beneficiarne interamente per sé stesso o, volendo, anche per i figli minorenni.

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento; nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

Il professionista convenzionato deve risultare iscritto alla PLP alla data dell'invio della richiesta di rimborso a Cadiprof da parte del dipendente. Verranno quindi riconosciute a rimborso anche eventuali fatture da lui emesse precedentemente alla sua iscrizione.

Ai fini del rimborso, viene riconosciuto esclusivamente il percorso psicologico effettuato (e quindi fatturato) da figure professionali riconosciute dal Ministero della Salute ed iscritte agli Albi Professionali: Psicologo e Psicoterapeuta. Sono in ogni caso sempre esclusi dal rimborso gli incontri psicodiagnostici e le diagnosi terapeutiche ed il logopedista. Come da legislatura vigente, è possibile accogliere prestazioni e fatture rilasciate da medico Psichiatra solo ed esclusivamente per sedute di psicoterapia e non per altre tipologie di trattamento quali, ad esempio, consulenza psicologica, trattamento diagnostico e/o terapeutico.

La compilazione del modulo "Attestazione Psicologo" è obbligatoria solo nel caso in cui lo psicologo non appartenga alla rete Cadiprof/PLP.

Nel caso in cui le spese trasmesse fossero state già rimborsate da altro Ente (es. Bonus Psicologo) Cadiprof calcolerà la percentuale di rimborso sull'importo rimasto a carico dell'iscritto, al netto del bonus ottenuto.

Nell'elenco dei documenti di spesa del modulo di richiesta rimborso va indicato direttamente l'importo per differenza rimasto a carico sul quale si chiede il rimborso e non l'importo totale della fattura/ricevuta.

Il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa. Si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

13. Rimborso Plantari Ortopedici per gli Iscritti - Nuovo Progetto sperimentale in vigore dal 1.1.2023 al 31.12.2026

CADIPROF rimborsa agli **iscritti** parte delle spese sostenute per l'acquisto di **plantari ortopedici,** che siano stati **prescritti a seguito di una patologia dal medico curante e/o dal medico specialista** (la cui specializzazione deve essere inerente la patologia diagnosticata) **e/o dalla figura professionale del podologo**. La prescrizione medica dovrà quindi contenere nel quesito diagnostico l'indicazione della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Il rimborso è pari al **50% della spesa** sostenuta e fino ad un massimo di **euro 50** annui.

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Documento di spesa fiscalmente valido esclusivamente intestato all'iscritto dal quale deve evincersi chiaramente il solo costo dei plantari;
- Prescrizione del medico o del podologo attestante la necessità dell'utilizzo dei plantari ortopedici con l'indicazione della patologia che l'ha generata;
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

L'iscritto potrà presentare **una sola richiesta di rimborso per l'intera somma erogabile.** Suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "PLA - Rimborso Plantari Ortopedici".

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni

Può beneficiare della garanzia il dipendente iscritto quindi il documento di spesa deve essere necessariamente a lui intestato.

La prescrizione non deve essere stata emessa più di due anni prima della data di acquisto: è considerata valida anche la prescrizione del medico di base che conferma la necessità di utilizzo dei plantari.

Rientrano sia i plantari ortopedici su misura sia le solette plantari di serie non realizzate su misura che si acquistano in farmacia e/o in negozi di sanitaria ortopedica. Il plantare deve essere un dispositivo medico CE e nella fattura/scontrino parlante deve esserci la descrizione dell'articolo acquistato. Nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario allegare anche una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicante il prodotto acquistato.

Rientra nel rimborso esclusivamente il costo dei plantari ortopedici e non sono compresi i costi di: valutazione podologica e/o visita specialistica, esame baropodometrico, calzatura ortopedica e qualsiasi altra tipologia di voce di costo che non sia quella relativa al plantare. In presenza di più voci di costo è necessario che vi sia lo scorporo e dettaglio delle stesse da cui poter evincere il costo dei plantari.

Non rientrano a rimborso: plantari sportivi in assenza di patologia, cuscinetti plantari, supporti calcaneari, talloniere, rialzi, divaricatori per piede.

Non sono previsti i rimborsi delle solette o plantari da banco acquistati autonomamente in farmacia e/o on-line senza la prescrizione medica.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

14. Trattamento dell'Emicrania cronica mediante Anticorpi Monoclonali* (in vigore dal 1.1.2023)

Nuovo Progetto sperimentale in vigore dal 1.1.2023 al 31.12.2026

CADIPROF rimborsa agli iscritti (nel periodo di validità della garanzia) il **60%** delle spese sostenute con un massimo di **euro 1.200** annui per l'assistenza specialistica e il trattamento mediante anticorpi monoclonali* dell'Emicrania Cronica.

Il trattamento è indicato per i pazienti colpiti dalle forme di emicrania più gravi, ovvero quelle che si manifestano con una frequenza mensile pari o superiore ai 4 episodi e comportano difficoltà di concentrazione, di relazione e impedimenti anche in ambito lavorativo.

Il rimborso può essere richiesto, una sola volta dal dipendente in copertura attiva CADIPROF da almeno 6 mesi dalla data della richiesta, per le spese sostenute in costanza di copertura.

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

- Visita Specialistica Neurologica
- Somministrazione farmaci monoclonali*

* Gli Anticorpi monoclonali sono molecole in grado di agire non sul sintomo (il dolore), ma sulla causa del mal di testa.

Documentazione richiesta:

- Modulo rimborso (compilazione online);
- Documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, ticket) riferiti alle spese sostenute fino a concorrenza della somma erogabile, intestati al dipendente iscritto;
- Prescrizione del medico specialista per le prestazioni mediche ed i farmaci monoclonali (la prescrizione non deve avere una data superiore ai sei mesi dalla data di emissione della relativa fattura);
- Copia dell'ultima busta paga.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

L'iscritto potrà presentare **una sola richiesta di rimborso per l'intera somma erogabile.** Suggeriamo pertanto di raccogliere tutte le spese utili al raggiungimento del massimale.

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente e andando nella sezione **Cadiprof Pacchetto Famiglia** "nuova richiesta di rimborso" e selezionando la voce "EMI-N - Nuovo Rimborso trattamento emicrania cronica".

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Importanti precisazioni

Rientrano nel rimborso esclusivamente le spese sostenute per i trattamenti effettuati con somministrazione di farmaci monoclonali e la relativa visita specialistica neurologica finalizzata alla prescrizione del trattamento stesso. Sono escluse

altre tipologie di farmaci e/o trattamenti che non siano anticorpi monoclonali per la cura dell'emicrania cronica ed eventuali successive visite specialistiche neurologiche di controllo. Si specifica, inoltre, che la sola visita neurologica senza l'effettuazione del trattamento mediante farmaci monoclonali, non potrà essere rimborsata. Le Visite Specialistiche sono coperte dal Piano Sanitario tramite UniSalute, consultabile al seguente link: https://www.cadiprof.it/prestazioni/piano-sanitario/visite-specialistiche/

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Per consultare o scaricare documentazione integrativa: https://www.cadiprof.it/prestazioni/pacchetto-famiglia/rimborso-emicrania-cronica/documenti-emicrania-cronica/

15. Garanzia infortuni per Coniuge/Convivente e Figli - Oggetto della copertura

Nuova Garanzia in vigore dal 1.1.2025

Avviso importante: Le richieste delle garanzie previste per ciascun evento/infortunio devono essere presentate tutte insieme e solo a cure ultimate.

Informiamo i nostri iscritti che in caso di infortunio per il quale si desidera richiedere più tipologie di prestazioni (ad esempio: indennità di ricovero, indennità per gesso, rimborso spese mediche), è necessario presentare contestualmente (lo stesso giorno) tutte le richieste distinte per ciascuna prestazione.

Una volta chiuso l'evento, non sarà più possibile integrarlo in futuro con ulteriori richieste.

Decorrenza della Copertura

La copertura è valida dal **1° gennaio 2025** per eventi accaduti e certificati dopo il 1° gennaio 2025: vengono quindi presi in considerazione esclusivamente referti di pronto soccorso e relative spese successivi a tale data.

Beneficiari

La copertura è rivolta al **Coniuge** non legalmente separato o al **Convivente** more uxorio e ai **Figli** conviventi e minori di 18 anni dell'iscritto Cadiprof, presenti nello **Stato di Famiglia** dell'iscritto.

Oggetto della copertura

CADIPROF prevede per il coniuge o il convivente ed i figli minori, che abbiano subito un infortunio certificato dal Pronto Soccorso, la **copertura delle seguenti tre tipologie di garanzie**:

1) **INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO DA INFORTUNIO.**

In caso di ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di infortunio certificato da Pronto Soccorso, viene riconosciuta una **diaria giornaliera di € 50** per ciascun giorno di degenza, con limite massimo di 30 giorni per evento (o più eventi) e per anno assicurativo.

Documentazione richiesta:

- Modulo denuncia infortunio (compilazione on-line);
- Certificato dello Stato di Famiglia rilasciato dall'Anagrafe/Comune (no autocertificazione o dichiarazione sostitutiva);
- Verbale di Pronto Soccorso attestante l'infortunio;
- Scheda Dimissioni Ospedaliere (SDO), con riportato: date di ricovero e dimissione, motivo del ricovero che deve inequivocabilmente essere riferito all'infortunio. In assenza di chiare informazioni dovrà essere prodotta la copia completa della Cartella Clinica;
- Auto dichiarazione di avvenuta guarigione e cure ultimate per chiusura evento.

Importanti precisazioni:

La richiesta va presentata in unica soluzione ad avvenuta guarigione ed è ammessa una sola erogazione per ciascun evento. Se per lo stesso infortunio si volessero richiedere anche altre differenti tipologie di prestazioni (es. spese mediche, indennità gesso), queste vanno presentate contestualmente alla richiesta indennità ricovero L'iscritto, per autorizzare Cadiprof al rimborso, deve allegare anche una dichiarazione di cure ultimate del beneficiario e di chiusura dell'evento/infortunio.

Il primo giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati giorno unico agli effetti della liquidazione.

Sono ammessi i ricoveri strettamente conseguenti all'infortunio e non alle successive eventuali patologie che ne potrebbero derivare.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Il massimale è da intendersi per ciascun beneficiario, con un raggiungimento massimo di **30 giorni complessivi per anno assicurativo**, anche se derivanti da più eventi. Per "anno assicurativo di riferimento" si intende **l'anno in cui è avvenuto l'infortunio**, indipendentemente dal periodo effettivo di ricovero. Anche se il ricovero si estende su due anni solari diversi, ai fini del conteggio del massimale si considera **l'anno dell'evento**. In caso di più infortuni nello stesso anno, anche non consecutivi, il totale massimo rimborsabile resta comunque **30 giorni** per persona.

- Esempio pratico:
- **Data evento**: 29/12/2025
- **Ricovero**: dal 01/01/2026 al 10/01/2026 → I 9 giorni di indennità si conteggiano comunque nel massimale dell'anno **2025,** al netto di eventuali altri giorni già fruiti nello stesso anno per precedenti infortuni.

2) **INDENNITA' GIORNALIERA PER INGESSATURA DA INFORTUNIO.**

Nel caso in cui, a seguito di infortunio certificato da Pronto Soccorso, il beneficiario sia portatore a domicilio di ingessatura fissa non rimovibile autonomamente, viene riconosciuta una **diaria giornaliera di € 50** al giorno a partire dal giorno di applicazione del gesso e fino al giorno della rimozione, che deve essere certificato da un medico. Limite massimo di 30 giorni per evento (o più eventi) e per anno assicurativo.

Documentazione richiesta:

- Modulo denuncia infortunio (compilazione on-line);
- Certificato dello Stato di Famiglia rilasciato dall'Anagrafe/Comune (no autocertificazione o dichiarazione sostitutiva);
- Verbale di Pronto Soccorso attestante l'infortunio con indicazione dell'applicazione del gesso o Scheda Dimissioni Ospedaliere (SDO) in caso di ricovero;
- Certificato medico di rimozione gesso;
- Auto dichiarazione di avvenuta guarigione e cure ultimate per chiusura evento.

Importanti precisazioni:

La richiesta va presentata in unica soluzione ad avvenuta guarigione ed è ammessa una sola erogazione per ciascun evento. Se per lo stesso infortunio si volessero richiedere anche altre differenti tipologie di prestazioni (es. spese mediche, indennità ricovero), queste vanno presentate contestualmente alla richiesta indennità gesso. L'iscritto, per autorizzare Cadiprof al rimborso, deve allegare anche una dichiarazione di cure ultimate del beneficiario e di chiusura dell'evento/infortunio.

Il **massimale** è da intendersi per ciascun beneficiario, con un raggiungimento massimo di **30 giorni complessivi per anno assicurativo**, anche se derivanti da più eventi. Per "anno assicurativo di riferimento" si intende **l'anno in cui è avvenuto l'infortunio**, indipendentemente dal periodo effettivo di ingessatura. Anche se il periodo si estende su due anni solari diversi, ai fini del conteggio del massimale si considera **l'anno dell'evento**. In caso di più infortuni nello stesso anno, anche non consecutivi, il totale massimo rimborsabile resta comunque **30 giorni** per persona.

- **Esempio pratico**:
- **Data evento**: 29/12/2025

- **Ingessatura**: dal 29/12/2025 al 29/01/2026 → I 30 giorni di indennità si conteggiano comunque nel massimale dell'anno **2025,** al netto di eventuali altri giorni già fruiti nello stesso anno per precedenti infortuni.

3) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO.

Rimborso fino a concorrenza di **€ 5.000 per persona e per anno assicurativo** e con applicazione di uno **scoperto per Sinistro* del 20%** con il **minimo non indennizzabile di € 75**, delle spese mediche sostenute per le conseguenze dirette di un infortunio certificato da Pronto Soccorso e che siano state prescritte dal Pronto Soccorso o in dimissione o da un medico specialista, relativamente a:

1. Interventi chirurgici: onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria, uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
2. Rette di degenza;
3. Esami ed accertamenti diagnostici fino a concorrenza del **sotto limite di spese presentabili** di € 1.000;**
4. Trattamenti **fisioterapici e rieducativi*** fino a concorrenza del **sotto limite di spese presentabili** di € 500**;
5. Trasporto dell'assicurato in istituto di cura in caso di ricovero e rientro a domicilio effettuato con qualsiasi mezzo, esclusa comunque l'auto privata;
6. Prestazioni e visite mediche, prestazioni infermieristiche, medicinali (esclusi i parafarmaci);
7. Acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche;
8. Cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Documentazione richiesta:

- Modulo denuncia infortunio (compilazione on-line);
- Certificato dello Stato di Famiglia rilasciato dall'Anagrafe/Comune (no autocertificazione o dichiarazione sostitutiva);
- Verbale di Pronto Soccorso attestante l'infortunio;
- Scheda Dimissioni Ospedaliere (SDO) in caso di ricovero con evidenza delle prestazioni previste effettuate, che devono essere inequivocabilmente riferite alla causa dell'infortunio. In assenza di chiare informazioni dovrà essere prodotta la copia completa della Cartella Clinica.
- **Prescrizioni mediche****;
- Documenti di spesa fiscalmente validi e tracciabili cioè riportanti in codice fiscale del beneficiario (fatture, ricevute, quietanze, scontrini parlanti, **ticket*****) esclusivamente intestati al beneficiario che ha subito l'infortunio;
- Auto dichiarazione di avvenuta guarigione e cure ultimate per chiusura evento.

Note:

* Scoperto per Sinistro del 20% con il minimo di euro 75,00: si applica sulla totalità (somma) dei documenti di spesa presentati purché vengano inviati in unica soluzione e siano inerenti al medesimo evento, cioè per tutte le spese i medici specialisti devono dichiarare che le stesse sono collegate al medesimo infortunio; diversamente, se viene presentata una sola spesa (o parziali), lo scoperto si applica sul singolo documento di spesa.

** Per sotto limite di spese presentabili si intende il limite delle spese ammesse a rimborso, quindi, per la fisioterapia non sarà possibile inviare spese oltre i 500€ e per la diagnostica spese oltre i 1000€, eventuali eccedenze non saranno conteggiate.

*** I trattamenti fisioterapici devono essere prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia coerente con la terapia prescritta (ortopedico/fisiatra) e devono essere effettuati da personale medico abilitato alla terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, che dovrà riportare la specifica dei trattamenti effettuati. Non rientrano in garanzia le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi-salute, medical hotel, centri benessere anche se dotati di centro medico.

**** Tutte le spese devono essere accompagnate da prescrizione di medico specialista, la cui specializzazione sia coerente con la prestazione prescritta. Oppure devono essere state prescritte in dimissione o in pronto soccorso dal personale sanitario. Non sono accettate prescrizioni del medico di famiglia in alternativa a quelle di uno specialista.

***** In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale e perciò pagamento di Ticket SSN il rimborso è integrale senza applicazione di scoperto e franchigia.

Importanti precisazioni:

Le spese di ciascun evento/infortunio devono essere presentate in un'unica soluzione ad avvenuta guarigione. Quindi, devono essere tutte inserite in un'unica richiesta. Se per lo stesso infortunio si volessero richiedere anche altre differenti tipologie di prestazioni (es. indennità gesso, indennità ricovero), queste vanno presentate contestualmente alla richiesta spese mediche. L'iscritto, per autorizzare Cadiprof al rimborso, deve allegare anche una dichiarazione di cure ultimate del beneficiario e di chiusura dell'evento/infortunio.

Il rimborso viene riconosciuto **per prestazioni effettuate entro un anno dall'infortunio**.

Sono coperte le prestazioni strettamente collegate all'infortunio e quindi richieste all'atto delle dimissioni nella SDO o dal Pronto Soccorso, o richieste successivamente da medico specialista purché collegate all'evento.

I documenti di spesa (fatture, ricevute, quietanze) devono riportare la descrizione delle prestazioni effettuate.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa e stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale europea.

Esempio scoperto e franchigia: Spesa di 400€, il 20% di scoperto a carico dell'iscritto è 80€ (che è maggiore del minimo non indennizzabile di 75€), quindi rimborso pari a 400€ -80€ = 320€; Spesa di 100€, scoperto del 20% pari a 20€ (inferiore al minimo non indennizzabile di 75€), quindi rimborso pari a 100€ -75€ = 25€.

Il **massimale** è da intendersi per ciascun beneficiario, con un raggiungimento massimo di €5.000 **complessivi per anno assicurativo**, anche se derivanti da più eventi. Per "anno assicurativo di riferimento" si intende **l'anno in cui è avvenuto l'infortunio**, indipendentemente dal periodo effettivo delle spese. Anche se le spese vengono sostenute in due anni solari diversi, ai fini del conteggio del massimale si considera **l'anno dell'evento**. In caso di più infortuni nello stesso anno, anche non consecutivi, il totale massimo rimborsabile resta comunque **€5.000** per persona.

- Esempio pratico:
- **Evento 1**: 01/01/2025 → Spese mediche rimborsate: €5.000
- **Evento 2**: 30/12/2025 → Spese sostenute nel 2026: €2.000 → **Nessun rimborso** per il secondo evento, poiché il massimale 2025 è già stato raggiunto con il primo evento.

Nota: Anche se le spese del secondo evento sono state sostenute nel 2026, fanno riferimento a un infortunio avvenuto nel 2025. Pertanto, si conteggiano nel massimale dell'anno 2025, già interamente utilizzato.

Come presentare le richieste di rimborso (per tutte e tre le garanzie)

La richiesta di rimborso o di indennizzo deve essere presentata telematicamente dall'iscritto Cadiprof, registrandosi e accedendo alla propria area riservata sul sito www.cadiprof.it tramite l'apposita sezione Pacchetto Famiglia - Nuova Richiesta

- INFORTUNIO. Basterà allegare la documentazione richiesta da ciascuna garanzia, accompagnata sempre da: Modulo denuncia infortunio, Auto dichiarazione di cure ultimate e chiusura evento, Certificato di Pronto Soccorso attestante l'evento e Certificato anagrafico dello Stato di Famiglia per provare l'appartenenza dei beneficiari al nucleo familiare dell'iscritto Cadiprof.

Attenzione! Ricordiamo agli iscritti che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari", completare la sezione con tutti i componenti del proprio nucleo e compilare le autorizzazioni privacy e dichiarazioni necessarie alla gestione delle richieste di rimborso. I familiari maggiorenni dovranno prestare il consenso firmando digitalmente l'apposita Liberatoria presente in area riservata.

Per ulteriori specifiche si rimanda alla sezione Condizioni generali.

16. Garanzia infortuni per Coniuge/Convivente e Figli - Condizioni generali e importanti precisazioni relative alla garanzia infortuni.

In caso di infortunio – Obblighi

In caso di infortunio, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve presentare denuncia scritta contenente il Verbale di Pronto Soccorso con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 Codice civile. Deve altresì allegare tutta la specifica documentazione richiesta dalle singole garanzie.

Il familiare beneficiario della garanzia deve:

- presentare il certificato di stato di famiglia per provare l'appartenenza al nucleo dell'iscritto Cadiprof;
- presentare la specifica documentazione richiesta come indicato nel regolamento della copertura: indennità giornaliera per ricovero da infortunio, indennità giornaliera per ingessatura da infortunio, rimborso spese mediche da infortunio;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- le note delle spese devono essere intestate al beneficiario che ha subito l'infortunio.

Per il **diritto alle prestazioni** la **copertura** del dipendente iscritto a Cadiprof e dei suoi familiari beneficiari deve risultare attiva **alla data dell'evento e alla data delle prestazioni o spese sostenute**. L'Iscritto Cadiprof deve aver provveduto a registrare i componenti del suo nucleo familiare sul portale Cadiprof. Si ricorda che la copertura del familiare si attiva con quella del titolare capo nucleo iscritto e cessa con la data di cessazione del lavoratore iscritto.

L'iscritto deve inserire, per conto del suo familiare, la richiesta di indennizzo.

Il rimborso viene erogato esclusivamente mediante bonifico bancario su **conto corrente bancario o postale intestato o cointestato al dipendente iscritto.**

Si specifica che per uno stesso evento/infortunio è possibile usufruire di tutte e tre le garanzie, purché le richieste vengano presentate in unica soluzione e a cure ultimate.

Le garanzie a favore dei familiari sono erogate a condizione che gli stessi non risultino già iscritti a Cadiprof in qualità di dipendenti titolari di copertura principale. Se un dipendente è iscritto a Cadiprof in qualità di titolare, non può essere registrato anche come familiare di un altro dipendente iscritto.

Il **termine di prescrizione** per le richieste di rimborso è di due anni dalla data dell'evento (infortunio).

Si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Oggetto dell'assicurazione

La copertura vale in caso di Infortunio, fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Esclusioni", subito dal beneficiario nello svolgimento della propria vita privata o professionale.

Sono compresi gli infortuni subiti:

1. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
2. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi (relativi ad atti non voluti);
3. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, purché non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
4. in conseguenza di guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra (in Paesi sino ad allora in pace), purché gli infortuni non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trova all'estero in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e purché non vi abbia partecipato in modo volontario;
5. durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

6. asfissia non di origine morbosa;
7. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
8. avvelenamento del sangue o infezione – escluso il virus H.I.V. – purché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica;
9. annegamento;
10. lesione muscolare da sforzo, per tale intendendo il dispiego improvviso e anomalo di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale e inaspettato, salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni", lettera q);
11. ernia addominale da sforzo;
12. avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, escluse le infezioni malariche e di qualsiasi altra malattia;
13. folgorazione, colpo di sole o di calore;
14. assideramento o congelamento;
15. lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Rischio volo

L'Assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclub nonché gli infortuni derivanti da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non (salvo quanto previsto dall'articolo "Oggetto dell'assicurazione"). Resta altresì inteso che l'operatività della presente garanzia non si estende all'eventuale Assicurazione complementare infortuni dei quali sia civilmente responsabile il Contraente.

Esclusioni

La copertura non vale per gli infortuni causati da:

a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che l'Assicurato abbia al momento del Sinistro i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;

b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;

c) guida o uso come passeggero di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo quanto disposto al precedente articolo "Rischio volo";

d) pratica di sport aerei in genere;

e) pratica dei seguenti sport:

i) atletica pesante, arti marziali nelle sue varie forme, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, hydrospeed, football americano, rugby, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, salto dal trampolino con sci o idroscì, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo;

ii) immersioni con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'Istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello);

f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta;

g) ubriachezza (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;

h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati;

i) da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;

j) guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo quanto stabilito all'articolo "Oggetto dell'assicurazione", punto 4., e all'articolo "Rischio volo". È sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;

k) partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;

l) terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;

m) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura i seguenti casi:

n) conseguenze dell'Infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);

o) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;

p) infarto da qualsiasi causa determinato;

q) rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di Polizza);

r) ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo come previsto all'articolo "Oggetto dell'assicurazione" punto 11

Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V.;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Le persone con difetti fisici o con mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo a seguito di appositi accordi tra il Contraente e l'Impresa.

17. Garanzia infortuni per Coniuge/Convivente e Figli - Termini utilizzati

Si invita a prestare attenzione alle definizioni di seguito riportate, le quali chiariscono e specificano il significato dei termini utilizzati.

Infortunio: Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e diagnosticato/comprovato da documentazione di Pronto Soccorso.

Pronto Soccorso: assistenza medica urgente fornita in strutture sanitarie specializzate pubbliche o private. Il Certificato di Pronto Soccorso deve riportare specifica indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e la refertazione medica attestante l'entità e la sede delle lesioni (Triage e SDO). Si specifica che l'infortunio deve essere certificato da Strutture sanitarie ospedaliere specializzate pubbliche o private, nel secondo caso accreditate e abilitate ad effettuare servizi di pronto soccorso. In nessun caso possono essere accettati, come attestazione dell'infortunio, i soli referti ambulatoriali o di un medico specialista senza il pronto soccorso. Sono inclusi verbali di Pronto Soccorso di Presidi ospedalieri in zona particolarmente disagiate (ad esempio presidi medici di montagna limitrofi alle piste da sci) che abbiano effettuato il primo soccorso o intervento della pubblica autorità.

Esclusioni: Le circostanze o eventi specifici che non sono coperti dalla polizza assicurativa.

Franchigia/Scoperto: parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Indennizzo: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Limiti di erogazione: Vengono riconosciute le prestazioni effettuate entro un anno dall'infortunio. Per le indennità giornaliere limite di massimo 30 giorni per evento (o eventi) e anno assicurativo. Per le spese mediche limite di massimo €5.000 per persona/evento e anno assicurativo, con scoperto del 20% e franchigia minima di €75. Sotto limite di spese presentabili per fisioterapia €500 e per accertamenti diagnostici €1.000.

Massimale: L'importo massimo che l'assicuratore pagherà per un sinistro o per l'intera durata della polizza.

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Anno Assicurativo: l'anno in cui è avvenuto l'infortunio.

Prescrizione del diritto: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Attività professionale: attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria a seguito di infortunio.

Ingessatura: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.

Day Hospital: ricovero in struttura sanitaria che si esaurisca in giornata.

Documentazione sanitaria: Insieme di documenti che contengono informazioni mediche relative a un paziente, come cartelle cliniche, referti di esami diagnostici, certificati medici e prescrizioni.

Medico specialista: medico chirurgo che ha conseguito una laurea in medicina e Chirurgia ed una successiva specializzazione in un ramo particolare della medicina (es. traumatologo-ortopedico-fisiatra).

Nota spese: fattura-ricevuta fiscale-scontrino fiscale intestate all'Assicurato infortunato che ne chiede il rimborso

Prescrizione medica: documento redatto da medico specialista che autorizza un paziente a ottenere un farmaco o un trattamento specifico.

Accertamento diagnostico: prestazione medica o esame clinico prescritto da medico specialista.

Apparecchi protesici: apparecchiature che permettono di sostituire parti del corpo, supplire o migliorare le funzioni compromesse (es. protesi di un arto, ortesi, carrozzina, apparecchi acustici).

Medicinali: Farmaci prescritti da un medico per trattare o prevenire malattie e condizioni mediche. Possono includere antibiotici, antidolorifici, antinfiammatori e altri tipi di farmaci. Non rientrano i parafarmaci.

Prestazione infermieristica: attività relativa all'assistenza terapeutica prescritta da medico specialista ed effettuata da infermiere specializzato.

Prestazione medica: attività (visita-esame-cura) prestata da medico specialista.

Rette di degenza: il trattamento di ricovero (es. costo camera) e le spese medico-infermieristiche. Sono escluse le spese voluttuarie (es. televisione, bar, telefono).

Trattamento fisioterapico: terapia riabilitativa atta a recuperare funzioni compromesse da un infortunio ed effettuata da personale medico abilitato.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione: CADIPROF

Beneficiario/Assicurato: il soggetto assicurato dalla copertura prevista. Coniuge non legalmente separato o convivente more uxorio e figli conviventi e minori (anche quelli in affido preadottivo) dell'Assistito Cadiprof, risultanti nello Stato di Famiglia.

Impresa: Allianz S.p.A.

18. Gravi Eventi

CADIPROF rimborsa agli iscritti e/o ai figli in età pediatrica le spese sanitarie sostenute nel caso di Gravi Eventi non coperti dal Piano Sanitario, se risultano superiori ad euro 5.000,00 con il limite massimo di euro 30.000,00 per evento. La prestazione può essere richiesta dal dipendente in copertura con il Piano Sanitario di cui all'art. 10 del Regolamento CADIPROF, per sé stesso e, dal primo marzo 2011, per i propri figli di età inferiore al 12° anno, per le seguenti tipologie di spese mediche – assistenziali, in costanza di copertura:

- ESAMI, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, VISITE SPECIALISTICHE E RICOVERI RESI NECESSARI DALLA MALATTIA
- INTERVENTO CHIRURGICO PER GLI ONORARI DEL CHIRURGO, DELL'AIUTO, DELL'ASSISTENTE, DELL'ANESTESISTA
- RETTE DI DEGENZA CON ESCLUSIONE DELLE SPESE VOLUTTUARIE ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEL LIMITE MASSIMO DI 30 GIORNI
- ACCOMPAGNATORE PER LE SPESE DI VITTO E PERNOTTAMENTO IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Si intende per Grave Evento del lavoratore iscritto una patologia in forma estrema e/o un grande intervento chirurgico che non siano già coperti dal Piano Sanitario CADIPROF, riferibili a titolo esemplificativo a:

- rare forme neoplastiche
- gravi cerebrovasculopatie invalidanti
- patologie neurologiche degenerative
- gravi patologie cardiorespiratorie con elevata insufficienza funzionale

Si intende per Grave Evento del figlio/a del lavoratore iscritto una patologia in forma estrema e/o un grande intervento chirurgico riferibili a titolo esemplificativo a:

- neoplasie
- sindromi dismorfiche
- cardiopatie congenite gravi traumatismi
- malformazioni congenite o acquisite

La richiesta di rimborso può essere presentata telematicamente dall'area riservata Cadiprof sezione Pacchetto Famiglia e selezionando la voce "GE Gravi Eventi".

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

La domanda deve essere presentata in unica soluzione per l'intera somma erogabile per evento con allegata la seguente documentazione:

- Modulo richiesta rimborso (compilazione on-line);
- documentazione clinica e sanitaria attinente l'evento per cui si chiede il riconoscimento;
- copia dei documenti di spesa (scontrini fiscali parlanti, ticket, ricevute e/o fatture) intestati esclusivamente all'iscritto o al figlio/a, unitamente alla relativa prescrizione del medico curante in caso di richiesta rimborso delle spese per farmaci o prestazioni mediche e sanitarie;
- ulteriore documentazione che verrà di volta in volta eventualmente richiesta;
- copia dell'ultima busta paga.

La valutazione circa l'ammissibilità della richiesta e la misura del contributo erogabile è demandata all'insindacabile giudizio del Comitato Esecutivo su parere del Comitato Scientifico.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.



19. Servizio telemedicina MedicoPerTutti per iscritto e coniuge/convivente

Garanzia in vigore dal 1.1.2025

Nato dalla collaborazione con GVM Assistance, MedicoPerTutti® è un innovativo servizio di video consulto medico (telemedicina), che mette a disposizione un prestigioso staff medico con il quale poter avere un riscontro tempestivo sui sintomi segnalati ed un primo orientamento medico.

Il Servizio è **incluso gratuitamente nel Piano di Assistenza CADIPROF** ed è riservato a tutti gli **Iscritti** e al loro **coniuge o convivente more uxorio**. L'iscritto o il suo coniuge potrà consultare un medico in autonomia dal proprio dispositivo mobile, semplicemente scaricando l'app MedicoPerTutti® dalla app store di riferimento (IOS o Android) e inserendo i propri dati.

Servizi previsti:

- **Videoconsulto medico**

Permette di consultare un medico in autonomia dal proprio cellulare tramite l'app MedicoPerTutti®, è sufficiente cliccare sul servizio di interesse e seguire le indicazioni.

- **Teleconsulto pediatrico**

Rivolto ai figli degli iscritti Cadiprof con età dai 3 mesi a 16 anni, permette agli iscritti di avere consulti telefonici con un Pediatra senza limiti di utilizzo del servizio.

- **Supporto psicologico**

Dedicato agli iscritti, offerto da MPT tramite "**ilmiopsi**", include un colloquio orientativo gratuito e tariffe agevolate durante il percorso terapeutico.

Per sapere come accedere alle iniziative Teleconsulto pediatrico e Supporto psicologico, invitiamo a cliccare sull'apposito link https://www.cadiprof.it/wp-content/uploads/Ampliamento-servizi-MedicoPerTutti.pdf

Disponibilità del servizio

La Centrale Medica è accessibile dal lunedì al venerdì dalle 08.00 alle 23.00; il sabato e la domenica dalle 08.00 alle 20.00.

Come attivare il servizio:

1. Accedi alla tua area riservata dipendenti Cadiprof, entra nel box Prestazioni Cadiprof e clicca sul menu MedicoPerTutti;
2. Procedi con la richiesta di iscrizione cliccando su Attiva Titolare;
3. Riceverai una e-mail da parte del servizio MedicoPerTutti® con il Codice di Attivazione utenza;
4. Successivamente, scarica sul tuo smartphone l'app MedicoPerTutti® oppure accedi da computer al seguente link: https://app.medicopertutti.it/, e fai la registrazione al portale MedicoPerTutti inserendo il tuo Codice Fiscale e il Codice di Attivazione ricevuto via e-mail;
5. Dopo l'attivazione del profilo Titolare, potrai procedere con la richiesta di iscrizione del tuo coniuge/convivente, inserendo la sua e-mail/cellulare e cliccando su Attiva Coniuge;
6. Una volta abilitata/e la/e utenza/e, quando si presenterà la necessità potrai accedere al video consulto sia da desktop che da App.

20. Richiesta rimborso

Puoi trasmettere le **richieste di rimborso del Pacchetto famiglia** attraverso la tua **area riservata** sul sito www.cadiprof.it.

NB. Informiamo gli iscritti che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche. Dal 1° marzo 2025 non è più possibile trasmettere le richieste di rimborso tramite fax o e-mail.

Registrati nella sezione Lavoratore Dipendente e poi accedi con le tue credenziali. Entra nel box Prestazioni Cadiprof e dal menu in alto seleziona Pacchetto Famiglia. Basta cliccare su "NUOVA RICHIESTA", caricare i documenti di spesa e la relativa documentazione richiesta dalla specifica garanzia ed inviare la pratica con un click. Il modulo di richiesta rimborso verrà compilato telematicamente in fase di inserimento della richiesta e non è quindi necessario stamparlo e allegarlo.

Si ricorda che nella sezione Pacchetto Famiglia vanno inviate anche le richieste di rimborso residuali delle prestazioni dell'ex progetto Dentista per la Famiglia in vigore fino al 31.12.2024.

Ricorda:

- Dovrai allegare un file per ogni documento richiesto dalla specifica garanzia (es. un file con la copia recente busta paga, un file con le prescrizioni mediche, un file unico contenete tutti i documenti di spesa);
- Presentare la domanda in un'unica soluzione per l'intera somma erogabile;
- Prendere visione della specifica garanzia prima dell'inoltro della domanda.

21. Disposizioni generali

Sono beneficiari delle erogazioni previste nel Pacchetto Famiglia esclusivamente i dipendenti assunti con il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i Dipendenti degli Studi Professionali regolarmente iscritti alla Cassa e i cui datori di lavoro siano in regola con il versamento dei contributi previsti dall'art. 19 del CCNL citato. In caso di irregolarità contributive e/o amministrative le erogazioni potrebbero essere sospese in attesa di sistemazione.

Le garanzie si intendono erogabili anche nel caso di figli adottivi e/o bambini in affidamento, come disciplinato dal C.C.- diritto di famiglia.

Come previsto per il Piano Sanitario, anche per il Pacchetto Famiglia il diritto alle prestazioni decorre dal 1° giorno del 4° mese successivo a quello in cui avviene l'iscrizione, fatto salvo quanto specificato per le garanzie Assistenza per familiare con connotazione di gravità, Assistenza ai figli senza connotazione di gravità e per la garanzia Emicrania Cronica.

Il termine di prescrizione per la richiesta di rimborso è di due anni. Tale termine decorre dalla data della prestazione/fattura.

Per il diritto alle prestazioni del Pacchetto Famiglia la copertura del dipendente iscritto a Cadiprof e dei suoi familiari beneficiari deve risultare attiva alla data dell'evento e alla data delle prestazioni o spese sostenute. L'Iscritto Cadiprof deve aver provveduto a registrare i componenti del suo nucleo familiare sul portale Cadiprof. Si ricorda che la copertura del familiare si attiva con quella del titolare capo nucleo iscritto e cessa con la data di cessazione del lavoratore iscritto.

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento; nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti aventi diritto, anche per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

Le garanzie a favore dei familiari sono erogate a condizione che gli stessi non risultino già iscritti a Cadiprof in qualità di dipendenti titolari di copertura principale. Se un dipendente è iscritto a Cadiprof in qualità di titolare, non può essere registrato anche come familiare di un altro dipendente iscritto.

Tutte le prestazioni vengono erogate esclusivamente mediante bonifico bancario su conto corrente bancario o postale intestato o cointestato al dipendente iscritto: gli importi erogati sono previsti con arrotondamento decimale per eccesso o per difetto.

Le erogazioni sono assoggettate alla normativa fiscale vigente. La documentazione di spesa da allegare alla richiesta di rimborso dovrà risultare fiscalmente valida e pertanto saranno rimborsabili:

- fatture e/o ricevute di pagamento
- scontrini fiscali
- bollettini postali o MAV bancari
- attestati di quietanza

La CADIPROF si riserva in qualsiasi momento di richiedere documentazione in originale e/o aggiuntiva e/o di verificare i dati o le dichiarazioni riportate nei documenti costituenti le pratiche. In caso di discordanza, fatte salve ulteriori azioni legali, decade il diritto alle prestazioni e il beneficiario sarà tenuto alla restituzione delle eventuali somme indebitamente ricevute.

La documentazione richiesta dalle singole garanzie deve essere presentata completa, pena il respingimento della richiesta di rimborso

Tutte le documentazioni devono essere trasmesse nel formato indicato nella sezione Richieste di Rimborso

Estensione territoriale

Il piano assistenziale ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia ed è necessario presentare tutta la documentazione completa richiesta da ciascuna garanzia.

Importante: il Pacchetto Famiglia può essere soggetto a modifiche deliberate dagli Organi Istituzionali della CADIPROF. Il sito internet www.cadiprof.it attesta la normativa di anno in anno vigente e gli eventuali aggiornamenti deliberati.

Nomenclatore Prestazioni odontoiatriche FAS Andi

Dal 1.1.2025 tutte le **prestazioni odontoiatriche e ortodontiche** (precedentemente gestite da UniSalute e da Cadiprof nel Dentista per la Famiglia) vengono **unificate e gestite con un unico canale da FAS Fondazione Andi Salute**.

Le spese sostenute dal 01-01-2025 dovranno quindi essere inviate attraverso la sezione FAS Andi Prestazioni odontoiatriche dell'area riservata Cadiprof.

Le prestazioni sono:

- **Cure odontoiatriche per iscritto (igiene orale, levigatura radici, otturazioni, ricostruzione, devitalizzazione, estrazione, incisione di ascesso);**
- **Implantologia per iscritto e coniuge;**
- **Corone fisse per iscritto;**
- **Ortodonzia per iscritto;**
- **Cure dentarie post infortunio per iscritto e figli;**
- **Visita dentistica e sigillature dentali per figli;**
- **Ortodonzia per i figli fino ai 18 anni;**
- **Protesi mobile per i genitori fragili;**
- **Servizio di tele visita odontoiatrica e assistenza domiciliare d'urgenza.**

Per conoscere i dettagli delle prestazioni si invita a consultare le singole pagine dal menu laterale. Invitiamo anche a prendere visione del seguente materiale informativo:

Brochure https://www.cadiprof.it/wp-content/uploads/Fas-Andi-Cadiprof-brochure-2.pdf

Video https://www.cadiprof.it/wp-content/uploads/video-Fas-Andi.mp4

Articolo https://www.cadiprof.it/2025/01/14/le-prestazioni-odontoiatriche-cadiprof-nuova-gestione-fas-andi-dal-2025/

Per informazioni e chiarimenti leggi il regolamento delle singole garanzie dal menu laterale oppure chiama FAS-ANDI al numero 06/29401045.

Precisazioni: Le spese odontoiatriche e ortodontiche di iscritto e familiari sostenute fino al 31.12.2024 seguono le disposizioni del regolamento in vigore fino al 31.12.2024 e continueranno ad essere gestite da UniSalute (cure odontoiatriche iscritto) e da Cadiprof (implantologia, corone, trattamenti ortodontici, comprese le spese sostenute a cavallo degli anni 2024-2025 per lo stesso piano di cura).

Per inviare i **rimborsi** delle **cure odontoiatriche UniSalute fino al 31.12.2024** (igiene orale, otturazioni, ricostruzione, devitalizzazione, estrazione, incisione di ascesso) consulta: https://www.cadiprof.it/prestazioni/piano-sanitario/odontoiatria/

Per inviare i **rimborsi** delle prestazioni ex progetto **Dentista per la famiglia** (implantologia iscritto e coniuge, corone fisse iscritto, trattamenti ortodontici iscritto, trattamenti ortodontici figli) consulta: https://www.cadiprof.it/prestazioni/dentista-per-la-famiglia/

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso

1. Cure odontoiatriche per iscritti in vigore dal 1.1.2025

Regolamento in vigore fino al 31.12.2024: Per chiedere i rimborsi delle prestazioni effettuate e saldate entro il 31.12.2024, fare riferimento al precedente Regolamento Cure Odontoiatriche fino al 31/12/2024 Piano Sanitario UniSalute e trasmetterle a UniSalute.

Regolamento in vigore dal 1.1.2025 (quindi per documenti di spesa con data successiva al 1.1.2025)

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute provvede al rimborso ai propri iscritti delle spese sostenute per le seguenti prestazioni:

1. **Igiene orale e parodontologia**

a. visita odontoiatrica con detartrasi/ablazione del tartaro;

b. levigatura delle radici a cielo chiuso;

2. **Cure conservative**

a. otturazione (una o più superfici);

b. ricostruzione;

c. endodonzia (devitalizzazione uno o più canali) *;

3. **Chirurgia orale**

a. estrazione (uno o più elementi);

b. incisione di ascesso.

*Sono sempre escluse le faccette dentali. In presenza di ricostruzioni conservative eseguite tramite intarsio, la Cassa si riserva di richiedere all'iscritto di produrre la dichiarazione di conformità del manufatto protesico per accertarne la tipologia.

Massimali di rimborso riconosciuti:

Ciascun iscritto può chiedere il rimborso di **massimo due prestazioni l'anno,** che siano **appartenenti a differenti gruppi tra quelli sopra indicati ai punti 1, 2 e 3**.

Gli importi riconosciuti variano secondo le seguenti specifiche:

RETE CADIPROF/ANDI* (consultabile sul sito www.cadiprof.it)

Presso le strutture/professionisti della rete, il rimborso previsto per una singola prestazione è pari ad **euro 75** (richiedibili massimo due prestazioni l'anno appartenenti a gruppi differenti di prestazioni – rimborso annuo massimo ottenibile euro 150.)

FUORI RETE

Presso le strutture/professionisti che non fanno parte della Rete CADIPROF/ANDI, il rimborso previsto per una singola prestazione è pari ad **euro 60** (richiedibili massimo due prestazioni l'anno appartenenti a gruppi differenti di prestazioni – rimborso annuo massimo ottenibile euro 120.)

N.B. In caso di una prestazione in rete e una fuori rete si applicheranno le quote di rimborso separate: euro 75 per la prestazione in rete + euro 60 per la prestazione fuori rete, con rimborso annuo massimo ottenibile di euro 135.

Documentazione richiesta per il rimborso:

- Ricevuta fiscale o fattura riportante la tipologia di trattamento ricevuto con il dettaglio dei costi e se presenti più prestazioni differenti nella stessa fattura è necessario che vengano riportati i singoli importi.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Importanti precisazioni:

La garanzia è prestata in sola forma rimborsuale, non ci sono convenzioni dirette con i dentisti e studi odontoiatrici. Pertanto, l'iscritto può recarsi dove preferisce, effettuare e pagare la prestazione e successivamente inviare la richiesta di rimborso.

Per consentire la verifica dell'adesione del dentista al network Cadiprof-Andi, le fatture devono sempre riportare il nominativo e il codice fiscale del professionista che ha eseguito la prestazione. In assenza di tali dati, la pratica sarà sospesa fino all'integrazione della documentazione.

Si ricorda che si applica il regolamento in vigore alla data di pagamento della prestazione. Fas Andi gestirà esclusivamente i rimborsi delle spese successive al 01/01/2025 e le spese precedenti saranno ancora gestite da UniSalute.

*Fanno parte del network della rete Cadiprof/Andi i dentisti/studi che: sono iscritti all'ANDI (Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani); sono anche iscritti a Cadiprof; abbiano comunicato all'ANDI Nazionale di voler aderire alla convenzione Cadiprof.

Esempio di rimborso in rete: fattura con una otturazione (costo 75€) e una ricostruzione (costo 75€) rimborso totale di 75€ in quanto le due prestazioni appartengono allo stesso gruppo (2) cure conservative; fattura con una pulizia dei denti (costo 75€) e una estrazione (costo 75€) rimborso totale di 150€ in quanto le due prestazioni fanno parte di due gruppi differenti di prestazioni (1 e 3).

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso



2. Impianto osteointegrato iscritto in vigore dal 1.1.2025

Nota: Per chiedere il rimborso di un piano di cura implantologico iniziato e saldato entro il 31/12/2024 e di un piano di cura con fattura di saldo emessa nell'anno 2025 ma con acconti iniziati nell'anno 2024, fare riferimento al precedente Regolamento Impianto osteointegrato iscritto in vigore fino al 31.12.2024 e trasmetterlo a Cadiprof Pacchetto Famiglia.

Regolamento in vigore dal 1.1.2025 (quindi per prestazioni implantologiche iniziate e saldate successivamente al 1.1.2025)

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa ai propri **iscritti** le spese sostenute per la riabilitazione protesica tramite impianto osteointegrato.

Massimali di rimborso riconosciuti:

RETE CADIPROF/ANDI* (consultabile sul sito www.cadiprof.it)

Presso le strutture/professionisti della rete, la percentuale di rimborso è pari al **30%** del costo fatturato, fino a concorrenza dei singoli massimali sottoindicati.

Le classi di rimborso massimo erogabile sono pari a:

- **euro 500** nel caso di applicazione di singolo impianto;
- **euro 900** nel caso di applicazione di due impianti nel medesimo piano di cura;
- **euro 1.300** nel caso di applicazione di tre o più impianti nel medesimo piano di cura.

FUORI RETE

Presso le strutture/professionisti che non fanno parte della Rete CADIPROF/ANDI, la percentuale di rimborso è pari al **20%** del costo fatturato, fino a concorrenza dei singoli massimali sottoindicati.

Le classi di rimborso massimo erogabile sono pari a:

- **euro 300** nel caso di applicazione di singolo impianto;
- **euro 550** nel caso di applicazione di due impianti nel medesimo piano di cura;
- **euro 850** nel caso di applicazione di tre o più impianti nel medesimo piano di cura.

Documentazione richiesta per il rimborso:

- **Attestazione Odontoiatra** (https://www.cadiprof.it/wp-content/uploads/Attestazione-odontoiatra-per-iscritto-2025.pdf) debitamente compilata, con timbro e firma leggibili del dentista che indichi numero e posizione degli impianti eseguiti nel piano di cura (che va allegato) e la relativa posizione;
- **Fattura o ricevuta fiscale** con chiaramente indicate le prestazioni e il dettaglio dei costi;
- **Esami radiografici pre e post cura** in formato digitale che evidenzino l'elemento interessato con data e nome del paziente. In alternativa all'esame radiografico post cura è accettata documentazione fotografica intraorale dalla quale si evidenzi l'impianto in situ e fotografia intraorale dalla quale si evidenzi chiaramente la corona inserita sull'impianto;
- **Certificato di conformità** della riabilitazione protesica.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Importanti precisazioni:

Il rimborso può essere richiesto solo a completamento della cura in unica soluzione. Il rimborso si applica esclusivamente al costo dell'impianto: impianto, abutment, corone provvisorie e definitive. È esclusa dal rimborso qualsiasi altra tipologia di prestazione.

Si ricorda che si applica il regolamento in vigore alla data di inizio lavori (primo acconto). Fas Andi gestirà esclusivamente i lavori iniziati dopo il 01/01/2025, intendendo per inizio del lavoro la data del primo pagamento effettuato alla conferma del preventivo. Se le prestazioni implantologiche hanno avuto inizio con fatture anno 2024 e saldo 2025 viene applicato il regolamento vigente fino al 31/12/2024.

Ogni assistito può beneficiare della garanzia, sia in Rete che Fuori Rete, ogni 2 anni. Per i rimborsi successivi al primo:

- è necessario che siano trascorsi almeno 24 mesi dalla precedente richiesta di rimborso;
- la data del documento di spesa dovrà essere successiva alla data della richiesta precedentemente presentata.

*Fanno parte del network della rete Cadiprof/Andi i dentisti/studi che: sono iscritti all'ANDI (Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani); sono anche iscritti a Cadiprof; abbiano comunicato all'ANDI Nazionale di voler aderire alla convenzione Cadiprof.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso

Bonus implantologia

Dal **1° gennaio 2026** entra in vigore la **prima premialità** prevista dal piano odontoiatrico.

FAS-ANDI riconoscerà un incremento del rimborso sugli **impianti osteointegrati** ad ogni iscritto e coniuge/convivente in copertura attiva che dimostri di aver effettuato almeno **una seduta di igiene orale** nell'annualità precedente, come segue:

RETE CADIPROF/ANDI (elenco dei dentisti consultabile sul sito www.cadiprof.it)

Rimborso pari al **35%** della spesa sostenuta, con i seguenti massimali per biennio:

- **€ 600,00** per singolo impianto
- **€ 1.100,00** per due impianti nel medesimo piani di cura
- **€ 1.500, 00** per tre o più impianti nel medesimo piano di cura

FUORI RETE

Rimborso pari al **25%** della spesa, con i seguenti massimali per biennio:

- **€ 350,00** per singolo impianto
- **€ 650,00** per due impianti nel medesimo piano di cura
- **€ 1.000,00** per tre o più impianti nel medesimo piano di cura

Il bonus è riconosciuto esclusivamente su lavori di implantologia **iniziati ex novo dopo il 01/01/2026**, perciò con inizio cure e **data prima fattura di acconto inizio impianto 2026**.

Restano invariati i requisiti e modalità di richiesta già indicati e il rimborso deve essere presentato in unica soluzione solo al completamento e saldo dei lavori.

Per la richiesta di rimborso, oltre alla documentazione prevista dalla garanzia, l'iscritto dovrà allegare la **fattura/ricevuta intestata a suo nome relativa alla detartrasi**, emessa nell'anno precedente, con chiara indicazione della voce "ablazione del tartaro" o dicitura equivalente.

Il rimborso per questa prestazione può essere richiesto una sola volta ogni due anni.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare Fas-ANDI al numero 06/29401045, attivo dal lunedì al venerdì (festivi esclusi) nei seguenti orari: 9:15–12:00 / 13:30–17:30.

3. Impianto osteointegrato per coniuge e/o convivente non iscritto in vigore dal 1.1.2025

Nota: Per chiedere il rimborso di un piano di cura implantologico iniziato e saldato entro il 31/12/2024 e di un piano di cura con fattura di saldo emessa nell'anno 2025 ma con acconti iniziati nell'anno 2024, fare riferimento al precedente Regolamento Impianto coniuge e/o convivente in vigore fino al 31.12.2024 e trasmetterlo a Cadiprof Pacchetto Famiglia.

Regolamento in vigore dal 1.1.2025 (quindi per prestazioni implantologiche iniziate e saldate successivamente al 1.1.2025)

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa parte delle spese sostenute durante il periodo di copertura dell'iscritto nel caso in cui il suo **coniuge o convivente more uxorio** faccia ricorso a riabilitazione protesica tramite impianto osteointegrato.

Massimali di rimborso riconosciuti:

RETE CADIPROF/ANDI* (consultabile sul sito www.cadiprof.it)

Presso le strutture/professionisti della rete, la percentuale di rimborso è pari al **30%** del costo fatturato, fino a concorrenza dei singoli massimali sottoindicati.

Le classi di rimborso massimo erogabile sono pari a:

- **euro 500** nel caso di applicazione di singolo impianto;

- **euro 900** nel caso di applicazione di due impianti nel medesimo piano di cura;
- **euro 1.300** nel caso di applicazione di tre o più impianti nel medesimo piano di cura.

FUORI RETE

Presso le strutture/professionisti che non fanno parte della Rete CADIPROF/ANDI, la percentuale di rimborso è pari al **20%** del costo fatturato, fino a concorrenza dei singoli massimali sottoindicati.

Le classi di rimborso massimo erogabile sono pari a:

- **euro 300** nel caso di applicazione di singolo impianto;
- **euro 550** nel caso di applicazione di due impianti nel medesimo piano di cura;
- **euro 850** nel caso di applicazione di tre o più impianti nel medesimo piano di cura.

Documentazione richiesta per il rimborso:

- **Attestazione Odontoiatra** (https://www.cadiprof.it/wp-content/uploads/Attestazione-odontoiatra-per-iscritto-2025.pdf) debitamente compilata, con timbro e firma leggibili del dentista che indichi numero e posizione degli impianti eseguiti nel piano di cura (che va allegato) e la relativa posizione;
- **Fattura o ricevuta fiscale** con chiaramente indicate le prestazioni e il dettaglio dei costi;
- **Esami radiografici pre e post cura** in formato digitale che evidenzino l'elemento interessato con data e nome del paziente. In alternativa all'esame radiografico post cura è accettata documentazione fotografica intraorale dalla quale si evidenzi l'impianto in situ e fotografia intraorale dalla quale si evidenzi chiaramente la corona inserita sull'impianto;
- **Certificato di conformità** della riabilitazione protesica.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Attenzione! Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" completare la sezione con tutti i componenti del proprio nucleo e compilare le autorizzazioni privacy e dichiarazioni necessarie alla gestione delle richieste di rimborso.

Il diritto alle prestazioni per i familiari decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui il dipendente iscritto effettua l'inserimento degli stessi sul portale Cadiprof.it e termina con la cessazione della copertura del lavoratore iscritto. Ovviamente per coloro che sono già presenti in anagrafica entro il 31/12/2024 la decorrenza copertura avrà inizio il 01/01/2025 se attivo al 01/01/25 anche il titolare capo nucleo iscritto.

Importanti precisazioni:

Ogni iscritto può beneficiare della garanzia per il proprio coniuge/convivente **solo se lo stesso non risulti a sua volta già iscritto a Cadiprof.**

Il rimborso può essere richiesto solo a completamento della cura in unica soluzione. Il rimborso si applica esclusivamente al costo dell'impianto: impianto, abutment, corone provvisorie e definitive. È esclusa dal rimborso qualsiasi altra tipologia di prestazione.

Si può beneficiare della garanzia, sia in Rete che Fuori Rete, ogni 2 anni. Per i rimborsi successivi al primo:

- è necessario che siano trascorsi almeno 24 mesi dalla precedente richiesta di rimborso;
- la data del documento di spesa dovrà essere successiva alla data della richiesta precedentemente presentata.

Si ricorda che si applica il regolamento in vigore alla data di inizio lavori (primo acconto). Fas Andi gestirà esclusivamente i lavori iniziati dopo il 01/01/2025, intendendo per inizio del lavoro la data del primo pagamento effettuato alla conferma del preventivo. Se le prestazioni implantologiche hanno avuto inizio con fatture anno 2024 e saldo 2025 viene applicato il regolamento vigente fino al 31/12/2024.

Per i conviventi (convivente more uxorio – coppia di fatto) è richiesto che vi sia la stessa residenza ed appartenenza allo Stato di Famiglia dell'iscritto Cadiprof. Cadiprof si riserva di richiedere all'iscritto un documento ufficiale che attesti la convivenza per vincoli affettivi con il beneficiario della richiesta (Certificato anagrafico di residenza e Stato di Famiglia, o iscrizione al Registro anagrafe del Comune di residenza).

*Fanno parte del network della rete Cadiprof/Andi i dentisti/studi che: sono iscritti all'ANDI (Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani); sono anche iscritti a Cadiprof; abbiano comunicato all'ANDI Nazionale di voler aderire alla convenzione Cadiprof.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso

Bonus implantologia

Dal **1° gennaio 2026** entra in vigore la **prima premialità** prevista dal piano odontoiatrico.

FAS-ANDI riconoscerà un incremento del rimborso sugli **impianti osteointegrati** ad ogni iscritto e coniuge/convivente in copertura attiva che dimostri di aver effettuato almeno **una seduta di igiene orale** nell'annualità precedente, come segue:

RETE CADIPROF/ANDI (elenco dei dentisti consultabile sul sito www.cadiprof.it)

Rimborso pari al **35%** della spesa sostenuta, con i seguenti massimali per biennio:

- **€ 600,00** per singolo impianto
- **€ 1.100,00** per due impianti nel medesimo piani di cura
- **€ 1.500, 00** per tre o più impianti nel medesimo piano di cura

FUORI RETE

Rimborso pari al **25%** della spesa, con i seguenti massimali per biennio:

- **€ 350,00** per singolo impianto
- **€ 650,00** per due impianti nel medesimo piano di cura
- **€ 1.000,00** per tre o più impianti nel medesimo piano di cura

Il bonus è riconosciuto esclusivamente su lavori di implantologia **iniziati ex novo dopo il 01/01/2026**, perciò con inizio cure e **data prima fattura di acconto inizio impianto 2026**.

Restano invariati i requisiti e modalità di richiesta già indicati e il rimborso deve essere presentato in unica soluzione solo al completamento e saldo dei lavori.

Per la richiesta di rimborso, oltre alla documentazione prevista dalla garanzia, l'iscritto dovrà allegare la **fattura/ricevuta intestata a suo nome relativa alla detartrasi**, emessa nell'anno precedente, con chiara indicazione della voce "ablazione del tartaro" o dicitura equivalente.

Il rimborso per questa prestazione può essere richiesto una sola volta ogni due anni.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare Fas-ANDI al numero 06/29401045, attivo dal lunedì al venerdì (festivi esclusi) nei seguenti orari: 9:15–12:00 / 13:30–17:30.

4. Riabilitazione protesica con corone fisse in vigore dal 1.1.2025

Nota: Per chiedere il rimborso di un piano di cura iniziato e saldato entro il 31/12/2024 e di un piano di cura con fattura di saldo emessa nell'anno 2025 ma con acconti iniziati nell'anno 2024, fare riferimento al precedente Regolamento Riabilitazione protesica con corone fisse in vigore fino al 31.12.2024 e trasmetterlo a Cadiprof Pacchetto Famiglia.

Regolamento in vigore dal 1.1.2025 (quindi per prestazioni iniziate e saldate successivamente al 1.1.2025)

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa ai propri **iscritti** le spese sostenute per riabilitazione protesica fissa mediante corone di qualsiasi materiale su denti naturali o radici, con l'esclusione degli interventi aventi finalità meramente estetiche.

Massimali annui di rimborso riconosciuti:

RETE CADIPROF/ANDI* (consultabile sul sito www.cadiprof.it)

Presso le strutture/professionisti della rete, rimborso pari al **30%** del costo fatturato con massimale annuo di **euro 250** e con il limite di u**na sola corona l'anno**.

FUORI RETE

Presso strutture/professionisti che non fanno parte della Rete CADIPROF/ANDI, rimborso pari al **20%** del costo fatturato con massimale annuo di **euro 150** e con il limite di u**na sola corona l'anno.**

Documentazione richiesta per il rimborso:

- **Attestazione Odontoiatra** (https://www.cadiprof.it/wp-content/uploads/Attestazione-odontoiatra-per-iscritto-2025.pdf) debitamente compilata, con timbro e firma leggibili del dentista che indichi numero e posizione della corona;
- **Fattura o ricevuta fiscale** con chiaramente indicata la prestazione effettuata;
- **Fotografie o radiografie** in formato digitale dell'elemento trattato prima e dopo la protesi con data e nome del paziente;
- **Certificato di conformità** della riabilitazione protesica.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Importanti precisazioni:

Il rimborso può essere richiesto solo a completamento della cura in unica soluzione. Il rimborso si applica esclusivamente al costo della corona definitiva. Sono esclusi dal rimborso i manufatti provvisori e qualsiasi altra tipologia di prestazione.

Si ricorda che si applica il regolamento in vigore alla data di inizio lavori. Fas Andi gestirà esclusivamente i lavori iniziati e pagati dopo il 01/01/2025. Per le prestazioni precedenti viene applicato il regolamento vigente fino al 31/12/2024.

*Fanno parte del network della rete Cadi prof/Andi i dentisti/studi che: sono iscritti all'ANDI (Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani); sono anche iscritti a Cadi prof; abbiano comunicato all'ANDI Nazionale di voler aderire alla convenzione Cadi prof.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso

5. Trattamento ortodontico iscritto in vigore dal 1.1.2025

Nota: Per chiedere il rimborso di un trattamento ortodontico iniziato e saldato entro il 31/12/2024 e di un trattamento ortodontico con fattura di saldo emessa nell'anno 2025 ma acconti iniziati nell'anno 2024, fare riferimento al precedente Regolamento Trattamenti ortodontici iscritto fino al 31/12/2024 e trasmetterlo a Cadiprof Pacchetto Famiglia

Regolamento in vigore dal 1.1.2025 (quindi per trattamenti iniziati e saldati successivamente al 1.1.2025)

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa agli **iscritti** le spese sostenute per un unico **trattamento ortodontico** finalizzato all'allineamento dentale. Rientrano sia l'apparecchio fisso e mobile che l'ortodonzia invisibile.

Massimali di rimborso riconosciuti:

Il rimborso è "**una tantum**", quindi viene concesso a ciascun iscritto **una sola volta nella vita.**

RETE CADIPROF/ANDI (consultabile sul sito www.cadiprof.it)

Presso le strutture/professionisti della rete, rimborso pari al **50%** del costo fatturato con massimale di **euro 700** per l'intero trattamento, con spese sostenute a partire dal 01/01/2025.

FUORI RETE

Presso strutture/professionisti che non fanno parte della Rete CADIPROF/ANDI, rimborso pari al **30%** fatturato con massimale di **euro 500** per l'intero trattamento, con spese sostenute a partire dal 01/01/2025.

Documentazione richiesta:

- **Attestazione Odontoiatra** (https://www.cadiprof.it/wp-content/uploads/Attestazione-odontoiatra-per-iscritto-2025.pdf) debitamente compilata, con timbro e firma leggibili del dentista che riporti le seguenti informazioni: indicazione del tipo di apparecchio (fisso, mobile, ortodonzia invisibile), durata prevista del trattamento con data inizio e fine trattamento e preventivo di costo;
- **Fattura o ricevuta fiscale** con chiaramente indicata la prestazione di terapia ortodontica eseguita;
- **Tele cranio o cefalometria**, in alternativa a queste impronte in formato digitale o foto del calco in gesso con data e nome del paziente;
- **Certificazione/dichiarazione di conformità** del produttore.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Importanti precisazioni:

Il rimborso può essere richiesto solo a completamento della cura in unica soluzione.

Si ricorda che si applica il regolamento in vigore alla data di inizio lavori (primo acconto). Fas Andi gestirà esclusivamente i lavori iniziati dopo il 01/01/2025, intendendo per inizio del lavoro la data del primo pagamento effettuato alla conferma del preventivo. Se le prestazioni ortodontiche hanno avuto inizio con fatture anno 2024 e saldo 2025 viene applicato il regolamento vigente fino al 31/12/2024.

Il rimborso si applica esclusivamente al costo relativo al trattamento ortodontico. Sono esclusi dal rimborso eventuali ulteriori costi per altre tipologie di prestazioni seppur collegate al trattamento, quali ad esempio: visita dentistica, igiene orale, cure odontoiatriche, chirurgia orale, diagnostica dentale (ad es. cefalometria, orto panoramica, rx endorale) e la gnatologia (ad

es. bite notturno e/o diurno per bruxismo). I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono quindi riportare il dettaglio delle prestazioni effettuate. In presenza di più documenti di spesa relativi agli acconti e saldo dello stesso trattamento, gli stessi saranno accettati solo se coerenti con il preventivo e l'attestazione dell'odontoiatra.

*Fanno parte del network della rete Cadi prof/Andi i dentisti/studi che: sono iscritti all'ANDI (Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani); sono anche iscritti a Cadi prof; abbiano comunicato all'ANDI Nazionale di voler aderire alla convenzione Cadi prof.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso

6. Visita dentistica e sigillature per figli (età da 0 fino a 12 anni non compiuti) in vigore dal 1.1.2025

Nuova garanzia vigente dal 1.1.2025

Vengono quindi prese in considerazione esclusivamente prestazioni e relative spese successive al 01/01/2025.

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa agli **iscritti** le spese sostenute per i propri **figli entro il compimento dei 12 anni** relativamente a una v**isita dentistica e sigillature dentali.**

La sigillatura dentale è uno dei trattamenti più eseguiti all'interno della specialità dell'odontoiatria pediatrica. È un processo per prevenire la comparsa di carie soprattutto nei molari e nei premolari. Consiste nella chiusura dei solchi normalmente presenti sulla superficie dei denti attraverso l'uso di materiali in resina composita. È considerata una procedura clinica semplice, sicura ed efficace ed è quindi fortemente raccomandata dalle più recenti Linee Guida del Ministero della Salute.

Massimali di rimborso riconosciuti:

Il massimale annuo complessivo di rimborso riconosciuto per ciascun figlio è pari ad **euro 100** con i seguenti sotto limiti:

- **euro 40** per la visita
- **euro 70** per la sigillatura

Documentazione richiesta:

- **Fattura o ricevuta fiscale** con chiaramente indicata le prestazioni effettuate e il dettaglio delle voci di costo. Se presenti più prestazioni differenti nella stessa fattura è necessario che vengano riportati i singoli importi;

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Attenzione! Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" completare la sezione con tutti i componenti del proprio nucleo e compilare le autorizzazioni privacy e dichiarazioni necessarie alla gestione delle richieste di rimborso.

Il diritto alle prestazioni per i familiari decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui il dipendente iscritto effettua l'inserimento degli stessi sul portale Cadiprof.it e cessa con la data di cessazione del lavoratore iscritto. Ovviamente per coloro che sono già presenti in anagrafica entro il 31/12/2024 la decorrenza copertura avrà inizio il 01/01/2025 se attivo al 01/01/25 anche il titolare capo nucleo iscritto.

Importanti precisazioni:

Il Fondo rimborsa integralmente, previa valutazione medica, le spese sostenute per fatture emesse da professionisti/strutture sanitarie privati o per ticket sanitari emessi dal Servizio Sanitario Nazionale.

Esempio di rimborso: fattura di 120€ con dettaglio voci visita 60€ e sigillatura 60€ il rimborso totale è di 100€ di cui 40€ per la visita e 60€ per la sigillatura; fattura di 120€ per sigillature il rimborso totale è di 70€ che è il sotto massimale sigillatura.

Si precisa che il superamento del requisito dell'età interrompe il diritto alla prestazione, quindi, saranno accettate esclusivamente spese con data precedente a quella del compimento dei 12 anni del figlio.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso

7. Ortodonzia intercettiva per i figli (età da 0 fino a 12 anni non compiuti) in vigore dal 1.1.2025

Nota: Per chiedere i rimborsi dei trattamenti ortodontici con spese effettuate entro il 31.12.2024, fare riferimento al precedente Regolamento Trattamenti ortodontici figli fino al 31/12/2024 e trasmetterle a Cadiprof Pacchetto Famiglia.

Regolamento in vigore dal 1.1.2025 (quindi per documenti di spesa con data successiva al 1.1.2025)

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa agli **iscritti** le spese sostenute per i propri **figli entro il compimento dei 12 anni** relativamente a trattamenti ortodontici per malocclusioni riportabili ai **gradi 3, 4 e 5 dell'indice IOTN** (Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico).

Massimali di rimborso riconosciuti:

Il rimborso viene riconosciuto per ciascun figlio per due anni in totale di trattamento.

È previsto il rimborso del 100% della spesa sostenuta con il massimo annuo di:

RETE CADIPROF/ANDI (consultabile sul sito www.cadiprof.it)

Presso le strutture/professionisti della rete, massimale di **euro 500** per le spese sostenute in ciascuna annualità di trattamento (anno civile: gennaio-dicembre).

FUORI RETE

Presso strutture/professionisti che non fanno parte della Rete CADIPROF/ANDI, massimale di **euro 300** per le spese sostenute in ciascuna annualità di trattamento (anno civile: gennaio-dicembre).

Documentazione richiesta:

- A**ttestazione Odontoiatra** (https://www.cadiprof.it/wp-content/uploads/Attestazione-odontoiatra-per-iscritto-2025.pdf) debitamente compilata, con timbro e firma leggibili del dentista che riporti le seguenti informazioni: indicazione del tipo di apparecchio, del tipo di malocclusione e grado IOTN, durata prevista del trattamento e preventivo di costo;
- **Fattura o ricevuta fiscale** con chiaramente indicata la prestazione di terapia ortodontica eseguita;
- **Telecranio o cefalometria**, in alternativa a queste, impronte in formato digitale o foto del calco in gesso con data e nome del paziente;

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Attenzione! Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" completare la sezione con tutti i componenti del proprio nucleo e compilare le autorizzazioni privacy e dichiarazioni necessarie alla gestione delle richieste di rimborso.

Il diritto alle prestazioni per i familiari decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui il dipendente iscritto effettua l'inserimento degli stessi sul portale Cadiprof.it e termina con la cessazione della copertura del lavoratore iscritto. Ovviamente per coloro che sono già presenti in anagrafica entro il 31/12/2024 la decorrenza copertura avrà inizio il 01/01/2025 se attivo al 01/01/25 anche il titolare capo nucleo iscritto.

Importanti precisazioni:

Il rimborso deve essere chiesto in unica soluzione per ciascuna annualità di trattamento. Si precisa che per annualità di trattamento si intende l'anno civile di emissione dei documenti di spesa (dal 1° gennaio al 31 dicembre) e che il compimento dei 12 anni interrompe il diritto alla prestazione e non saranno accettate fatture emesse successivamente.

Si informano gli iscritti di fare riferimento al regolamento vigente nell'anno delle spese sostenute. Poiché i trattamenti ortodontici dei figli sono richiedibili per ciascun anno di trattamento, le spese degli anni di trattamento 2023 e 2024 andranno ancora chieste a Cadiprof mentre Fas Andi gestirà esclusivamente gli anni di trattamento dal 2025, anche in caso di cure in corso già iniziate in precedenza.

La prestazione è erogabile, per ciascun figlio, per un massimo di 2 annualità e, pertanto, non è ripetibile nel tempo. Verranno sospese eventuali erogazioni su anni successivi a coloro che hanno già beneficiato delle due annualità di rimborso.

Il rimborso si applica esclusivamente al costo relativo al trattamento ortodontico. Sono esclusi dal rimborso eventuali ulteriori costi per altre tipologie di prestazioni seppur collegate, quali ad esempio: visita dentistica, igiene orale, cure odontoiatriche, chirurgia orale, diagnostica dentale. I documenti di spesa debbono quindi riportare il dettaglio delle prestazioni effettuate. In presenza di più documenti di spesa relativi agli acconti e saldo dello stesso trattamento, gli stessi saranno accettati solo se coerenti con il preventivo e l'attestazione dell'odontoiatra.

*Fanno parte del network della rete Cadiprof/Andi i dentisti/studi che: sono iscritti all'ANDI (Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani); sono anche iscritti a Cadiprof; abbiano comunicato all'ANDI Nazionale di voler aderire alla convenzione Cadiprof.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso

8. Ortodonzia funzionale per i figli (età da 12 fino a 18 anni non compiuti) in vigore dal 1.1.2025

Nuova garanzia in vigore dal 1.1.2025 (per documenti di spesa con data successiva al 1.1.2025) Vengono quindi presi in considerazione esclusivamente trattamenti e relative spese successivi al 01/01/2025.

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa agli iscritti le spese sostenute per i propri **figli dai 12 ed entro il compimento dei 18 anni** relativamente a trattamenti ortodontici tramite **apparecchio fisso o mobile** per malocclusioni riportabili ai **gradi 3, 4 e 5 dell'indice IOTN** (Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico).

Tale prestazione è riconosciuta esclusivamente in alternativa alla prestazione Allineatori dentari. L'iscritto, pertanto, può richiedere e beneficiare per lo stesso figlio dell'una o dell'altra.

Massimali di rimborso riconosciuti:

Il rimborso viene riconosciuto per ciascun figlio per due anni in totale di trattamento.

È previsto il rimborso del 100% della spesa sostenuta con il massimo annuo di:

RETE CADIPROF/ANDI (consultabile sul sito www.cadiprof.it)

Presso le strutture/professionisti della rete, massimale di **euro 250** per **ortodonzia mobile** e massimale di euro **150** per **ortodonzia fissa**, per le spese sostenute in ciascuna annualità di trattamento (anno civile: gennaio - dicembre).

FUORI RETE

Presso strutture/professionisti che non fanno parte della Rete CADIPROF/ANDI, massimale di **euro 150** per **ortodonzia mobile** e massimale di **euro 100** per **ortodonzia fissa**, per le spese sostenute in ciascuna annualità di trattamento (anno civile: gennaio-dicembre).

Documentazione richiesta:

- **Attestazione Odontoiatra** (https://www.cadiprof.it/wp-content/uploads/Attestazione-odontoiatra-per-iscritto-2025.pdf) debitamente compilata, con timbro e firma leggibili del dentista che riporti le seguenti informazioni: indicazione del tipo di apparecchio, del tipo di malocclusione e grado IOTN, durata prevista del trattamento e preventivo di costo;
- **Fattura o ricevuta fiscale** con chiaramente indicata la prestazione di terapia ortodontica eseguita;
- **Telecranio o cefalometria**, in alternativa a queste, impronte in formato digitale o foto del calco in gesso con data e nome del paziente;

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Attenzione! Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" completare la sezione con tutti i componenti del proprio nucleo e compilare le autorizzazioni privacy e dichiarazioni necessarie alla gestione delle richieste di rimborso.

Il diritto alle prestazioni per i familiari decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui il dipendente iscritto effettua l'inserimento degli stessi sul portale Cadiprof.it e termina con la cessazione della copertura del lavoratore iscritto. Ovviamente per coloro che sono già presenti in anagrafica entro il 31/12/2024 la decorrenza copertura avrà inizio il 01/01/2025 se attivo al 01/01/25 anche il titolare capo nucleo iscritto.

Importanti precisazioni:

Il rimborso deve essere chiesto in unica soluzione per ciascuna annualità di trattamento. Si precisa che per annualità di trattamento si intende l'anno civile di emissione dei documenti di spesa (dal 1° gennaio al 31 dicembre) e che il compimento dei 18 anni interrompe il diritto alla prestazione e non saranno accettate fatture emesse successivamente.

La prestazione è erogabile, per ciascun figlio, per un massimo di 2 annualità e, pertanto, non è ripetibile nel tempo. Verranno sospese eventuali erogazioni su anni successivi a coloro che hanno già beneficiato delle due annualità di rimborso.

Ricordiamo che vengono presi in considerazione esclusivamente i trattamenti iniziati dopo il 01/01/2025, intendendo per inizio del trattamento la data del primo pagamento effettuato alla conferma del preventivo.

Il rimborso si applica esclusivamente al costo relativo al trattamento ortodontico. Sono esclusi dal rimborso eventuali ulteriori costi per altre tipologie di prestazioni seppur collegate, quali ad esempio: visita dentistica, igiene orale, cure odontoiatriche, chirurgia orale, diagnostica dentale. I documenti di spesa debbono quindi riportare il dettaglio delle prestazioni effettuate. In

presenza di più documenti di spesa relativi agli acconti e saldo dello stesso trattamento, gli stessi saranno accettati solo se coerenti con il preventivo e l'attestazione dell'odontoiatra.

*Fanno parte del network della rete Cadiprof/Andi i dentisti/studi che: sono iscritti all'ANDI (Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani); sono anche iscritti a Cadiprof; abbiano comunicato all'ANDI Nazionale di voler aderire alla convenzione Cadiprof.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso

9. Allineatori dentali per i figli (età da 12 fino a 18 anni non compiuti) in vigore dal 1.1.2025

Nuova garanzia in vigore dal 1.1.2025 (per documenti di spesa con data successiva al 1.1.2025). Vengono quindi presi in considerazione esclusivamente trattamenti e relative spese successivi al 01/01/2025.

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa agli **iscritti** le spese sostenute per i propri **figli dai 12 ed entro il compimento dei 18 anni** relativamente a trattamenti ortodontici tramite **allineatori dentari** (ortodonzia invisibile) per malocclusioni riportabili ai **gradi 3, 4 e 5 dell'indice IOTN** (Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico).

Tale prestazione è riconosciuta esclusivamente in alternativa alla prestazione Ortodonzia funzionale mobile/fissa. L'iscritto, pertanto, può richiedere e beneficiare per lo stesso figlio dell'una o dell'altra.

Massimali di rimborso riconosciuti:

Il rimborso è **una tantum** cioè viene riconosciuto per ciascun figlio una volta nella vita.

È previsto il rimborso del 100% della spesa sostenuta con il seguente massimale:

RETE CADIPROF/ANDI (consultabile sul sito www.cadiprof.it)

Presso le strutture/professionisti della rete, massimale di **euro 500** per l'intero trattamento, con spese sostenute a partire dal 01/01/2025.

FUORI RETE

Presso strutture/professionisti che non fanno parte della Rete CADIPROF/ANDI, massimale di **euro 300** per l'intero trattamento, con spese sostenute a partire dal 01/01/2025.

Documentazione richiesta:

- **Attestazione Odontoiatra** (https://www.cadiprof.it/wp-content/uploads/Attestazione-odontoiatra-per-iscritto-2025.pdf) debitamente compilata, con timbro e firma leggibili del dentista che riporti le seguenti informazioni: indicazione del tipo di apparecchio, del tipo di malocclusione e grado IOTN, durata prevista del trattamento e preventivo di costo;
- **Fattura o ricevuta fiscale** con chiaramente indicata la prestazione di terapia ortodontica eseguita;
- **Telecranio o cefalometria,** in alternativa a queste, impronte in formato digitale o foto del calco in gesso con data e nome del paziente;

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Attenzione! Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" completare la sezione con tutti i componenti del proprio nucleo e compilare le autorizzazioni privacy e dichiarazioni necessarie alla gestione delle richieste di rimborso.

Il diritto alle prestazioni per i familiari decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui il dipendente iscritto effettua l'inserimento degli stessi sul portale Cadiprof.it e termina con la cessazione della copertura del lavoratore iscritto. Ovviamente per coloro che sono già presenti in anagrafica entro il 31/12/2024 la decorrenza copertura avrà inizio il 01/01/2025 se attivo al 01/01/25 anche il titolare capo nucleo iscritto.

Importanti precisazioni:

Il rimborso può essere richiesto solo a completamento della cura in unica soluzione.

La prestazione è erogabile, per ciascun figlio, una sola volta e solo in alternativa all'ortodonzia funzionale mobile o fissa. Si precisa che il compimento dei 18 anni interrompe il diritto alla prestazione e non saranno accettate fatture emesse successivamente.

Ricordiamo che vengono presi in considerazione esclusivamente i trattamenti iniziati dopo il 01/01/2025, intendendo per inizio del trattamento la data del primo pagamento effettuato alla conferma del preventivo.

Il rimborso si applica esclusivamente al costo relativo al trattamento ortodontico. Sono esclusi dal rimborso eventuali ulteriori costi per altre tipologie di prestazioni seppur collegate, quali ad esempio: visita dentistica, igiene orale, cure odontoiatriche, chirurgia orale, diagnostica dentale. I documenti di spesa debbono quindi riportare il dettaglio delle prestazioni effettuate. In presenza di più documenti di spesa relativi agli acconti e saldo dello stesso trattamento, gli stessi saranno accettati solo se coerenti con il preventivo e l'attestazione dell'odontoiatra.

*Fanno parte del network della rete Cadiprof/Andi i dentisti/studi che: sono iscritti all'ANDI (Associazione Nazionale dei Dentisti Italiani); sono anche iscritti a Cadiprof; abbiano comunicato all'ANDI Nazionale di voler aderire alla convenzione Cadiprof.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso

10. Cure dentarie post infortunio per iscritto in vigore dal 1.1.2025

Nuova garanzia vigente dal 01.01.2025

Vengono quindi presi in considerazione esclusivamente referti di pronto soccorso e relative spese successivi al 01/01/2025. Si precisa che non è possibile accedere alla prestazione se l'evento è certificato antecedentemente al 2025.

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa agli **iscritti** le spese sostenute per le cure odontoiatriche effettuate a seguito di un **infortunio certificato da Pronto Soccorso.**

Rientrano fra le terapie previste:

- Reimpianto di dente in estrazione traumatica e splintaggio;
- Splint di elemento lussato;
- Fratture coronali con o senza interessamento della polpa: terapia canalare resasi necessaria in seguito a frattura, ricostruzione coronale;
- Ricostruzione con perno e protesi fissa;
- Estrazione in caso di frattura radicolare e ripristino dell'elemento con Maryland oppure impianto, abutment e corona provvisoria e definitiva.

Ai fini del rimborso le cure devono essere effettuate **entro 1 anno** dall'evento.

Massimali di rimborso riconosciuti:

Il massimale annuo di rimborso riconosciuto è pari ad **euro 2.000**.

Documentazione richiesta:

- **Referto di Pronto Soccorso** con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali;
- **Fattura o ricevuta fiscale** con chiaramente indicata la prestazione effettuata;
- **Radiografie e referti radiologici** in formato digitale rilasciati da medico chirurgo specialista in radiodiagnostica con data e nome del paziente; Oppure radiografia endorale eseguita da odontoiatria curante.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Importanti precisazioni:

Il Fondo rimborsa integralmente, previa valutazione medica, le spese sostenute per fatture emesse da professionisti/ strutture sanitarie privati o per ticket sanitari emessi dal Servizio Sanitario Nazionale. Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale annuo previsto, l'importo eccedente resterà a carico dell'Iscritto.

Per infortunio si intende: incidente, infortunio o evento traumatico certificato da Pronto Soccorso di struttura sanitaria pubblica o accreditata che abbia effettuato il primo soccorso entro 48 ore dall'evento.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso



11. Cure dentarie post infortunio per i figli (età da 0 fino ai 18 anni non compiuti) in vigore dal 1.1.2025

Nuova garanzia vigente dal 01.01.2025

Vengono quindi presi in considerazione esclusivamente referti di pronto soccorso e relative spese successivi al 01/01/2025. Si precisa che non è possibile accedere alla prestazione se l'evento è certificato antecedentemente al 2025.

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa agli iscritti le spese sostenute per le **cure odontoiatriche dei propri figli** effettuate entro il compimento dei 18 anni a seguito di un **infortunio certificato da Pronto Soccorso.**

Rientrano fra le terapie previste:

- Reimpianto di dente in estrazione traumatica e splintaggio;
- Splint di elemento lussato;
- Fratture coronali con o senza interessamento della polpa: terapia canalare resasi necessaria in seguito a frattura, ricostruzione coronale;
- Ricostruzione con perno e protesi fissa;
- Estrazione in caso di frattura radicolare e ripristino dell'elemento con Maryland.

Ai fini del rimborso le cure devono essere effettuate entro 1 anno dall'evento

Massimali di rimborso riconosciuti:

Il massimale annuo di rimborso riconosciuto è pari ad **euro 1.000** per ciascun figlio.

Documentazione richiesta:

- **Referto di Pronto Soccorso** con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali;
- **Fattura o ricevuta fiscale** con chiaramente indicata la prestazione effettuata;
- **Radiografie e referti radiologici** in formato digitale rilasciati da medico chirurgo specialista in radiodiagnostica con data e nome del paziente;

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Attenzione! Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" completare la sezione con tutti i componenti del proprio nucleo e compilare le autorizzazioni privacy e dichiarazioni necessarie alla gestione delle richieste di rimborso.

Il diritto alle prestazioni per i familiari decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui il dipendente iscritto effettua l'inserimento degli stessi sul portale Cadiprof.it e termina con la cessazione della copertura del lavoratore iscritto. Ovviamente per coloro che sono già presenti in anagrafica entro il 31/12/2024 la decorrenza copertura avrà inizio il 01/01/2025 se attivo al 01/01/25 anche il titolare capo nucleo iscritto.

Importanti precisazioni:

Il Fondo rimborsa integralmente, previa valutazione medica, le spese sostenute per fatture emesse da professionisti/strutture sanitarie privati o per ticket sanitari emessi dal Servizio Sanitario Nazionale. Nel caso in cui il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale annuo previsto, l'importo eccedente resterà a carico dell'Iscritto.

Per infortunio si intende: incidente, infortunio o evento traumatico certificato da Pronto Soccorso di struttura sanitaria pubblica o accreditata che abbia effettuato il primo soccorso entro 48 ore dall'evento.

Il superamento del requisito dell'età interrompe il diritto alla prestazione, pertanto, non saranno accettate spese con data successiva al compimento dei 18 anni del figlio.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso



12. Protesi mobili per genitori fragili (età over 65 anni compiuti) in vigore dal 1.1.2025

Nuova garanzia vigente dal 1.1.2025 Vengono quindi prese in considerazione esclusivamente le spese successive al 01/01/2025.

CADIPROF in collaborazione con Fondazione Andi Salute rimborsa agli iscritti le spese dei **propri genitori fragili e over 65** sostenute per l'acquisto di **protesi dentarie mobili**.

FRAGILI: condizioni di fragilità inquadrabile nei seguenti casi:

A. situazione di invalidità di grado almeno pari al 66,66%;

B. situazione di invalidità grave e temporanea con periodo di prognosi pari ad almeno 90 giorni che impedisca o/l'assistito di muoversi dalla propria abitazione o dal luogo di degenza in autonomia;

C. situazione di non autosufficienza temporanea o permanente che dà diritto all'indennità di accompagno presso l'Inps.

Massimali di rimborso riconosciuti:

Rimborso del **25%** dell'onorario con massimale annuo di **euro 500**.

Documentazione richiesta:

- **Documentazione** che attesti di essere percettori di IDA INPS, oppure di essere in possesso della certificazione ASL o INPS che accertino l'invalidità o l'infortunio.
- **Ricevuta fiscale o fattura** con chiaramente indicata la prestazione
- **Certificato di conformità** della protesi

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

La richiesta va inviata telematicamente dal sito www.cadiprof.it registrandosi ed accedendo alla propria area riservata dipendente - sezione Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi.

Attenzione! Ricordiamo che è prima necessario inserire o aggiornare i dati dei propri familiari nell'apposito box dell'area riservata "Anagrafiche Dipendente e Familiari" completare la sezione con tutti i componenti del proprio nucleo e compilare le autorizzazioni privacy e dichiarazioni necessarie alla gestione delle richieste di rimborso.

Il diritto alle prestazioni per i familiari decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui il dipendente iscritto effettua l'inserimento degli stessi sul portale Cadiprof.it e termina con la cessazione della copertura del lavoratore iscritto. Ovviamente per coloro che sono già presenti in anagrafica entro il 31/12/2024 la decorrenza copertura avrà inizio il 01/01/2025 se attivo al 01/01/25 anche il titolare capo nucleo iscritto.

Importanti precisazioni:

Ai fini della valutazione dello stato di invalidità o di non autosufficienza, faranno fede le certificazioni prodotte dall'iscritto ed emesse dall'INPS ai sensi delle norme in materia di invalidità e di indennità di accompagno e, nel caso di cui alla lettera B., le certificazioni dell'ASL di competenza o di struttura sanitaria pubblica competente.

Si ricorda che il termine di prescrizione per le richieste di rimborso è di due anni dalla data della spesa e che si estendono alla presente garanzia, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dalle Disposizioni generali.

Per informazioni su come richiedere il rimborso visita la sezione Richiesta rimborso



13. Servizi di telemedicina "Pronto Fas" e di assistenza odontoiatrica domiciliare d'urgenza "Fas a casa" per iscritto e familiari in vigore dal 1.1.2025

Tra le novità introdotte dal nuovo piano troviamo il servizio di telemedicina, prevista in quelle situazioni di urgenza in cui è difficoltoso recarsi dal proprio dentista. Il servizio è rivolto sia all'iscritto che ai suoi familiari ed è caratterizzato da due prestazioni:

- Un servizio di **triage e tele-visita odontoiatrica di urgenza**, rivolto **all'iscritto Cadiprof e al suo nucleo familiare, in particolare il coniuge o convivente more uxorio, i genitori ed i figli fino a 26 anni, anche se non a carico.**

- Un servizio di **assistenza domiciliare odontoiatrica** solo in caso di condizione di fragilità, in favore degli **iscritti e relativi familiari, intesi come coniuge o convivente more uxorio, i figli fino a 26 anni a carico e i genitori a carico.**

Per l'attivazione del servizio di assistenza è necessario contattare la **Centrale Operativa di PRONTO FAS** al numero **06 87765499**, attivo **dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 20:00**, il **sabato e prefestivi dalle 8:00 alle 13:00** (esclusi domenica e festivi).

Servizio PRONTO FAS

È possibile attivare il servizio PRONTO FAS in caso di impossibilità di recarsi dal dentista per una delle seguenti condizioni:

a. situazione di invalidità di grado almeno pari al 66,67%;

b. situazione di invalidità grave o infortunio con periodo di prognosi pari ad almeno 90 giorni che impediscano all'assistito di muoversi dalla propria abitazione o dal luogo di degenza in autonomia;

c. situazione di non autosufficienza temporanea o permanente;

d. impossibilità di recarsi dal proprio dentista per via di una trasferta lavorativa o viaggio di svago;

e. ogni altra situazione che renda necessaria un'attività di televisita per un'urgenza odontoiatrica dichiarata dall'iscritto che si trova impossibilitato a raggiungere lo studio professionale.

Il servizio è realizzato attraverso una televisita con un odontoiatra triagista. Nel triage telefonico il dentista potrà indirizzare e prendere in carico il paziente, valutare le sue necessità, dare indicazioni e, se necessario (e previsto), inviare un odontoiatra a domicilio.

Servizio FAS a CASA

È possibile usufruire del servizio FAS A CASA nel caso in cui l'assistito si trovi in una delle seguenti condizioni:

a. situazione di invalidità di grado almeno pari al 66,67%;

b. situazione di invalidità grave o infortunio con periodo di prognosi pari ad almeno 90 giorni che impediscano all'assistito di muoversi dalla propria abitazione o dal luogo di degenza in autonomia;

c. situazione di non autosufficienza temporanea o permanente;

Qualora, ad insindacabile giudizio del Triage, si renda necessario un intervento domiciliare "in garanzia", **l'odontoiatra addetto al Triage attiverà la procedura per l'invio di un odontoiatra al domicilio, che potrà essere il dentista di fiducia della famiglia, contattato direttamente dal paziente, o un odontoiatra incaricato dal FAS e da questo inviato al domicilio del paziente.**

Sono coperti integralmente dalla presente garanzia tutti i servizi sotto riportati e, se ne ricorrono le condizioni, anche la visita odontoiatrica domiciliare di urgenza senza nessun massimale. Rientrano tra gli interventi coperti le seguenti prestazioni di sostegno domiciliare:

- trattamento di fratture di protesi mobili o ricementazione di protesi fisse decementate. La rottura o il distacco della protesi mobile o aggiustamenti protesici: riparazione della protesi ed eventuale riconsegna in un appuntamento successivo o cementazione della protesi fissa decementata;
- riduzione delle irregolarità smalto dentinali al fine di prevenire eventuali lesioni mucose o trattamento temporaneo con cementi vetroionomerici di cavità residue da distacco di precedenti terapie conservative;
- trattamento delle urgenze antalgico-infettive con sola terapia medica, previo consulto con il medico curante;
- estrazione di denti compromessi paradontalmente, in assenza di rischio clinico accertato o sospetto.

Massimali di rimborso riconosciuti:

FAS provvederà a rimborsare la prestazione all'odontoiatra territoriale ANDI e a rimborsare l'iscritto stesso in caso di utilizzo dell'odontoiatra di fiducia. Sono coperti integralmente dalla presente garanzia tutti i servizi sotto riportati senza nessun massimale.

Modalità di presentazione richiesta di rimborso:

Ai fini dell'attivazione del servizio di assistenza è necessario contattare la centrale operativa PRONTO FAS al numero 06 87765499 che attiverà a sua volta il servizio di triage.

Ai fini del rimborso delle spese sostenute deve essere utilizzata la piattaforma del FAS a cui si accede dal sito https://portale.andisalute.it/#/login.

14. Come presentare i rimborsi delle Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi

Puoi trasmettere le richieste di rimborso delle Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche gestite da FAS Andi attraverso la tua area riservata sul sito www.cadiprof.it.

Una volta registrato, basta entrare nel box CADIPROF e selezionare il menù Prestazioni Odontoiatriche FAS Andi, caricare i documenti di spesa e la relativa documentazione richiesta dalla specifica garanzia ed inviare la pratica con un click.

Informiamo l'utenza che è previsto esclusivamente l'invio on-line delle pratiche.

15. Disposizioni generali Prestazioni Odontoiatriche FAS-ANDI

Il presente progetto decorre dal 1.1.2025 (ovvero si applica a tutti i trattamenti aventi inizio dal 1.1.2025).

Si estendono al presente progetto, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal regolamento amministrativo e dai relativi allegati in vigore.

Sono beneficiari delle erogazioni previste nel Piano Odontoiatrico Iscritto e Familiari esclusivamente i dipendenti assunti con il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i Dipendenti degli Studi Professionali regolarmente

iscritti alla Cassa e i cui datori di lavoro siano in regola con il versamento dei contributi previsti dall'art. 19 del CCNL citato. In caso di irregolarità contributive e/o amministrative le erogazioni potrebbero essere sospese in attesa di sistemazione.

Le garanzie si intendono erogabili anche nel caso di figli adottivi e/o bambini in affidamento, come disciplinato dal C.C.- diritto di famiglia.

Il diritto a tali prestazioni per il dipendente decorre dal 1° giorno del 4° mese successivo a quello in cui è stato iscritto alla Cassa dal datore di lavoro. Per i familiari decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui il dipendente effettua l'iscrizione degli stessi sul portale Cadiprof.it

Le garanzie a favore dei familiari sono erogate a condizione che gli stessi non risultino già iscritti a Cadiprof in qualità di dipendenti titolari di copertura principale. Se un dipendente è iscritto a Cadiprof in qualità di titolare, non può essere registrato anche come familiare di un altro dipendente iscritto.

La somma massima a disposizione per garanzia si intende erogabile per familiare ed evento: nel caso di richiesta da parte di più dipendenti iscritti aventi diritto, anche per il medesimo familiare, tale somma sarà riconosciuta solo fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento.

Il termine di prescrizione per la richiesta di rimborso è di due anni. Tale termine decorre dalla data della prestazione/fattura.
Tutte le prestazioni vengono erogate esclusivamente mediante bonifico bancario su conto corrente bancario o postale intestato o cointestato al dipendente iscritto.

Le erogazioni sono assoggettate alla normativa fiscale vigente. La documentazione di spesa da allegare alla richiesta di rimborso dovrà risultare fiscalmente valida e pertanto saranno rimborsabili:

- fatture e/o ricevute fiscali parlanti (con indicazione del nominativo e codice fiscale del beneficiario.

Per consentire la verifica dell'adesione del dentista al network Cadiprof-Andi, le fatture devono sempre riportare il nominativo e il codice fiscale del professionista che ha eseguito la prestazione. In assenza di tali dati, la pratica sarà sospesa fino all'integrazione della documentazione.

Tutte le documentazioni devono essere trasmesse in formato digitale (PDF o JPEG). Nel caso di invio di documentazione originale, la stessa non verrà restituita.

La documentazione richiesta dalle singole garanzie deve essere presentata completa, pena il respingimento della richiesta di rimborso.

CADIPROF si riserva in qualsiasi momento di richiedere documentazione in originale e/o aggiuntiva e/o di verificare i dati o le dichiarazioni riportate nei documenti costituenti le pratiche. In caso di discordanza, fatte salve ulteriori azioni legali, decade il diritto alle prestazioni e il beneficiario sarà tenuto alla restituzione delle eventuali somme indebitamente ricevute.

CADIPROF si riserva di chiedere in ogni momento una verifica delle prestazioni eseguite tramite i propri periti.

L'iscritto Cadiprof, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 D.P.R. n.445/2000, si assume la responsabilità della veridicità e l'esattezza delle informazioni fornite sui componenti del proprio nucleo familiare. CADIPROF potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento la certificazione ufficiale attestante le dichiarazioni fornite sui componenti del nucleo familiare (es. Certificati Anagrafici, Stato di Famiglia, dichiarazione all'Anagrafe del Comune per i conviventi, Certificato di Matrimonio o Unione Civile, ecc.).

Estensione territoriale

Il piano assistenziale ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia ed è necessario presentare tutta la documentazione completa richiesta da ciascuna garanzia.

Importante: il Piano Odontoiatrico può essere soggetto a modifiche deliberate dagli Organi Istituzionali della CADIPROF. Il sito internet www.cadiprof.it attesta la normativa di anno in anno vigente e gli eventuali aggiornamenti deliberati.

CASSA COLF

CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA PER I LAVORATORI DEL SETTORE DOMESTICO



Sei una colf o una famiglia?
Scopri il nuovo piano sanitario dedicato a te.
CAS.SA.COLF l'aiuto che ti serve!

Via Tagliamento, 29 - 00198 Roma
Tel. 06.85 35 80 34
www.cassacolf.it

Numero Verde
800-100026

Cassa Assistenza Sanitaria
Lavoratori Domestici

CAS.SA.COLF è lo strumento bilaterale nato in attuazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Settore Domestico per fornire un solido sistema di tutele socio-sanitarie, trattamenti assistenziali e coperture assicurative a favore di lavoratori e datori di lavoro iscritti, ad integrazione e potenziamento delle prestazioni pubbliche.

L'Ente è il risultato diretto dell'impegno condiviso delle parti sociali costituenti del settore, unendo la rappresentanza datoriale — composta da FIDALDO (a sua volta costituita da Nuova Collaborazione, Assindatcolf, A.D.L.D. e A.D.L.C.) e DOMINA — a quella dei lavoratori rappresentata dalle organizzazioni sindacali FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL, UILTuCS e FEDERCOLF. Sottoscrivendo la disciplina contrattuale, le parti sociali hanno voluto valorizzare la professionalità e la qualità del lavoro domestico, offrendo risposte concrete per migliorare la protezione sociale di entrambe le componenti del rapporto di lavoro.

Priva di fini di lucro e ispirata ai principi cardine della mutualità, CAS.SA.COLF è diretta da una governance paritetica tra le parti fondatrici. Risultano regolarmente iscritti all'Ente sia i dipendenti sia i datori di lavoro nei cui confronti trova applicazione il CCNL e in regola con il versamento dei contributi di assistenza contrattuale. L'iscrizione decorre dal primo giorno del trimestre per il quale inizia il regolare versamento dei contributi da parte del datore di lavoro; la continuità e la regolarità di tale contribuzione rappresentano il requisito indispensabile per consentire sia ai lavoratori che ai datori di lavoro di mantenere l'accesso al catalogo delle prestazioni garantite.

CCNL previsti

- CCNL per il lavoro domestico (sottoscritto da organizzazioni come FIDALDO, DOMINA, Filcams Cgil, Fisascat Cisl e Uiltucs Uil)

Personale interessato:

- Tutto il personale domestico addetto al funzionamento della vita familiare e delle convivenze familiarmente strutturate, tra cui:
- Colf (collaboratori domestici / addetti alle pulizie)
- Badanti (assistenti familiari a persone autosufficienti o non autosufficienti)
- Baby-sitter (addetti all'assistenza dei bambini)
- Personale impiegato presso comunità religiose, caserme, comandi militari, enti e convivenze senza fini di lucro.
- **Esclusi**: parenti e affini

Contribuzione

Il contributo contrattuale complessivo è pari a **0,06 €** per ogni **ora** lavorata (di cui **0,04 € a carico del datore di lavoro e 0,02 € a carico del lavoratore**, trattenuti in busta paga)

Operatività

Indennità giornaliere in caso di ricovero e di convalescenza, ticket sanitari, gravidanza, ausili ortopedici e trattamenti fisioterapici, indennità grandi interventi in strutture pubbliche, oneri funerari, psicoterapia, alta specializzazione e accertamenti, visite specialistiche, prestazioni odontoiatriche, impianti osteointegrati, prevenzione.

Contatti utili: numero verde UniSalute 800 1000 26 per prenotazioni in forma diretta

06-85358034 oppure 06-85358048 per prestazioni in forma rimborsuale

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Indennità Giornaliera per Ricovero	Indiretta	Nessuno	€ 30,00 al giorno fino a un max di 30 giorni per anno civile	Dovuto a malattia, infortunio o parto con pernottamento, day-hospital o OBI. Escluse prestazioni ambulatoriali e solo pronto soccorso
Indennità per Convalescenza	Indiretta	Nessuno	€ 30,00 al giorno fino a un max di 30 giorni per anno civile	A seguito di ricovero con intervento chirurgico (o parto con intervento). Certificata dal medico per inabilità lavorativa
Indennità per Ricovero per Forme Oncologiche Maligne	Indiretta	Nessuno	€ 30,00 al giorno fino a un max di 60 giorni per anno civile	Incluso ricovero con pernottamento, day-hospital (chemio/radio) e OBI.
Indennità per Convalescenza per Forme Oncologiche Maligne	Indiretta	Nessuno	€ 30,00 al giorno fino a un max di 60 giorni per anno civile	A seguito di ricovero con pernottamento per intervento chirurgico, day-hospital o OBI.
Ticket sanitari	Indiretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Per prestazioni presso SSN o strutture accreditate. Esclusi farmaci, analisi ematiche/laboratorio e ticket generici.
Ticket sanitari (Forme Oncologiche)	Indiretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto	Per prestazioni presso SSN o accreditate. Esclusi farmaci, analisi ematiche/laboratorio e ticket generici.
Gravidanza	Indiretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 2.000,00 per iscritta	Copre le spese sanitarie inerenti la gravidanza. Esclusi i farmaci.
Contributo una tantum di Maternità	Indiretta	Nessuno	Disponibilità: € 500,00 per neonato	Erogato alla lavoratrice in caso di nascita del figlio
Interventi Chirurgici per Neonati	Indiretta	Nessuno	Max € 5.000,00 per neonato (vitto/alloggio accompagnatore max € 100/giorno)	Per correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita. Include visite/accertamenti pre e post intervento.
Ausili ortopedici	Indiretta	Scoperto 20%	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto	Per acquisto o noleggio di materiale riabilitativo e ausili ortopedici prescritti da un medico (da lista definita).
Trattamenti fisioterapici	Indiretta	Scoperto 15% (private)	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	A seguito di infortunio (certificato da pronto soccorso), patologia o per cure termali prescritti dal medico.
Indennità Grandi Interventi in Strutture Pubbliche	Indiretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto per 1 intervento	Per grandi interventi chirurgici o gravi eventi morbosi (da elenco) effettuati in strutture pubbliche/convenzionate
Oneri funerari	Indiretta (agli eredi)	Nessuno	Disponibilità: € 1.000,00 per iscritto	In caso di decesso del lavoratore iscritto, a copertura delle spese funerarie o di rimpatrio della salma.
Psicoterapia	Indiretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 400,00 per iscritto	Per sedute sostenute presso uno psicoterapeuta iscritto all'albo

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Alta specializzazione diagnostica	Diretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto	In strutture convenzionate UniSalute con prescrizione medica contenente il quesito diagnostico.
Visite specialistiche	Diretta	Nessuno	Max 7 visite per persona per anno	In strutture convenzionate UniSalute con prescrizione medica. Escluse prestazioni odontoiatriche e ortodontiche.
Prestazioni odontoiatriche	Diretta	Nessuno	Fruibile una volta l'anno	Include ablazione del tartaro con ultrasuoni ed eventuale visita di controllo.
Impianti osteointegrati	Diretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 2.100,00 per iscritto • Sottolimite 1 impianto: € 600,00 • Sottolimite 2 impianti: € 1.200,00	Copre impianti osteointegrati, corone fisse, elemento provvisorio e perno moncone. Necessarie radiografie pregresse.
Pacchetto prevenzione	Diretta	Nessuno	Previsto in un'unica soluzione annuale.	Esami specifici (VES, Glicemia, Transaminasi, Creatinina, Emocromo, GGT) in strutture convenzionate.
Pacchetti Prevenzione Specialistica	Diretta	Nessuno	Max 2 pacchetti all'anno per iscritto	Pacchetti a scelta: Cardiovascolare, Endocrinologica, Oncologica Donna/Uomo, Angiologica.
Visita oculistica	Diretta	Nessuno	1 volta per anno civile	In strutture convenzionate previa prenotazione.

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Difetti fisici o malformazioni preesistenti: Sono escluse le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni presenti già prima della stipulazione del contratto (con l'eccezione degli interventi sui vizi di rifrazione solo se superano determinati limiti di diottrie previsti dal regolamento).
- Malattie mentali: Sono esclusi i ricoveri o le indennità derivanti dalla cura delle malattie mentali.
- Finalità estetiche: Sono escluse le prestazioni mediche con finalità estetiche, fatte salve la chirurgia plastica ricostruttiva post-infortunio o post-intervento demolitivo avvenuti durante l'operatività del contratto e gli interventi correlati al cambio di genere.
- Assistenza di terzi e lunga degenza: Non sono operativi i ricoveri causati dalla necessità di avere assistenza da parte di terzi per compiere gli atti elementari della vita quotidiana, né i ricoveri di lunga degenza finalizzati a interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Abuso di sostanze: Sono escluse le malattie e le conseguenze derivanti dall'abuso di alcol, psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.
- Sport estremi e pericolosi: Sono esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi o pericolosi (quali sport aerei, motoristici, automobilistici, free-climbing, rafting e alpinismo estremo), comprese le relative gare e prove di allenamento.
- Azioni dolose: Sono esclusi gli infortuni causati da azioni dolose compiute direttamente dall'iscritto.
- Eventi eccezionali, bellici e radiazioni: Sono escluse le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, esposizione a radiazioni ionizzanti o trasmutazioni del nucleo dell'atomo.

- Terapie non ufficiali: Sono escluse tutte le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- Esclusioni specifiche per i ticket sanitari: Non sono rimborsabili i ticket relativi ad analisi ematiche, esami di laboratorio, farmaci e i ticket definiti "generici" (ricevute che non specificano le singole prestazioni effettuate).

Nomenclatore

1. Indennità giornaliera in caso di ricovero e di convalescenza

CAS.SA.COLF provvede a corrispondere ai dipendenti iscritti ai sensi del precedente art. 6, le seguenti indennità giornaliere in caso di ricovero:

- Indennità Giornaliera in caso di Ricovero con intervento chirurgico;
- Indennità Giornaliera in caso di Ricovero senza intervento chirurgico;
- Indennità Giornaliera in caso di Ricovero per parto;
- Indennità Giornaliera in caso di Convalescenza successiva al ricovero ospedaliero.

1.1. Indennità giornaliera in caso di ricovero

In caso di ricovero con pernottamento, dovuto a malattia, infortunio o parto, in istituti di cura pubblici o privati, il dipendente iscritto ai sensi del precedente Art. 6 ha diritto alla corresponsione di un'indennità di **€ 30,00 per ciascun giorno di ricovero** per un periodo non superiore a **30 giorni** per persona e per anno civile.

Tale indennità è corrisposta anche in caso di ricovero in forma di day-hospital e in caso di OBI ma non in caso di prestazioni/interventi svolti in regime ambulatoriale e di accesso al solo pronto soccorso.

1.2. Convalescenza

In caso di ricovero con pernottamento, dovuto a malattia od infortunio o parto con intervento chirurgico, in istituti di cura pubblici o privati nonché in day-hospital o OBI, ma non in caso di prestazioni/interventi svolti in regime ambulatoriale e a seguito di accesso al solo pronto soccorso, il dipendente ha diritto ad una indennità di **€ 30,00 per ogni giorno di convalescenza** certificata dal medico, qualora non sia stato in grado di svolgere la propria attività lavorativa ed indipendentemente da tale limitazione qualora si tratti di convalescenza conseguente a parto con intervento chirurgico.

Tale indennità viene corrisposta per il numero di giorni pari a quelli certificati dal medico con un massimo di **30 giorni** per persona e per anno civile.

1.3. Ricovero in caso di forme oncologiche maligne

In caso di ricovero con pernottamento, dovuto ad una forma oncologica maligna in istituti di cura pubblici o privati, il dipendente iscritto ai sensi del precedente Art. 6 ha diritto alla corresponsione di un'indennità di **€ 30,00 per ciascun giorno di ricovero** per un periodo non superiore a **60 giorni** per persona e per anno civile.

Tale indennità è corrisposta anche in caso di ricovero in forma di day-hospital (chemio/radio terapia) e in caso di OBI, ma non in caso di prestazioni/interventi svolti in regime ambulatoriale e di accesso al solo pronto soccorso.

1.4. Convalescenza in caso di forme oncologiche maligne

A seguito di un ricovero con pernottamento con intervento chirurgico, in istituti di cura pubblici o privati dovuto ad una forma oncologica maligna nonché in day-hospital (chemio/radio terapia) e in caso di OBI, ma non in caso di prestazioni/interventi

svolti in regime ambulatoriale e a seguito di accesso al solo pronto soccorso, il dipendente ha diritto ad una indennità di **€ 30,00 per ogni giorno di convalescenza** certificata dal medico, qualora non sia stato in grado di svolgere la propria attività lavorativa.

Tale indennità viene corrisposta per il numero di giorni pari a quelli certificati dal medico con un massimo di **60 giorni** per persona e per anno civile.

1.5. Definizioni

- Infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- Malattia si intende qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio;
- Malformazione si intende deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite;
- Difetto fisico si intende deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose e/o traumatiche acquisite;
- Istituto di cura si intende ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- Ricovero si intende la degenza in Istituto di cura con o senza pernottamento (day-hospital); per intervento chirurgico si intende qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito ai fini terapeutici

1.6. Esclusioni

L'indennità giornaliera non viene corrisposta in caso di ricovero derivante da:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- la cura delle malattie mentali;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni, da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto e salvo gli interventi chirurgici correlati al cambio di genere);
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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.
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dell'Iscritto;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

2. Ticket sanitari

2.1. Rimborso spese per ticket sanitari

CAS.SA.COLF provvede a rimborsare integralmente, ai dipendenti iscritti, i ticket sanitari nel **limite di € 500,00 per persona e per anno civile**, per le prestazioni effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o ad esso accreditate, ad esclusione di:

- ticket relativi ad analisi ematiche;
- ticket relativi ad analisi di laboratorio;
- farmaci;
- ticket generici (ricevute di pagamento che non riportano le specifiche delle prestazioni effettuate).

2.2. Rimborso spese per ticket sanitari per le forme oncologiche maligne

CAS.SA.COLF, provvede a rimborsare integralmente, ai dipendenti iscritti, i ticket sanitari nel **limite di € 1.000,00 per persona e per anno civile**, per le prestazioni effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, ad esclusione di:

- ticket relativi ad analisi ematiche;
- ticket relativi ad analisi di laboratorio;
- farmaci;
- ticket generici (ricevute di pagamento che non riportano le specifiche delle prestazioni effettuate).

3. Prestazioni previste per le lavoratrici in stato di gravidanza

3.1. Rimborso spese periodo gravidanza

CAS.SA.COLF provvede a rimborsare tutte le spese sanitarie inerenti la gravidanza, sostenute dalle lavoratrici iscritte in stato di gravidanza, per l'intero periodo riconosciuto, nel **limite massimo annuo di € 2.000,00**, ad esclusione di:

- farmaci.

3.2. Contributo una tantum di maternità

CAS.SA.COLF provvede all'erogazione di un contributo una tantum alle lavoratrici iscritti in caso di nascita di un figlio.

La richiesta del contributo deve essere inoltrata dalla lavoratrice iscritta a Cassacolf ed in regola con i contributi di assistenza contrattuale.

Unitamente alla richiesta è necessario inoltrare i seguenti documenti:

- Certificato di nascita;
- Certificato di attribuzione del codice fiscale del neonato.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per neonato.

3.3. Interventi chirurgici per neonati figli di lavoratori iscritti

CAS.SA.COLF provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera, per l'intero periodo di ricovero, con un tetto massimo di **€ 100,00 al giorno**.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.000,00 per neonato.

4. Ausili ortopedici e trattamenti fisioterapici

4.1. Ausili ortopedici

CAS.SA.COLF provvede al rimborso del materiale riabilitativo e degli ausili medici ortopedici acquistati o noleggiati dal lavoratore a seguito di prescrizione medica come da lista di seguito riportata:

- Ortesi per piede;
- Calzature ortopediche su misura;
- Apparecchi ortopedici: Dispositivi per prevenire e correggere per arto inferiore le deformità dell'arto inferiore e dell'anca; Apparecchi ortopedici Dispositivi per prevenire e correggere per arto superiore le deformità dell'arto superiore
- Ortesi spinali dispositivi rigidi/semirigidi;
- Ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio.

La disponibilità per la presente garanzia è di **€ 1.000,00 per iscritto** in ragione di ciascun anno civile, con l'applicazione di una **franchigia del 20%** su ogni fattura presentata.

4.2. Rimborso spese per i trattamenti fisioterapici

CAS.SA.COLF provvede al rimborso per le spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio certificato dal pronto soccorso o a causa di patologie, e per le cure termali attestate da apposita prescrizione del medico.

Le prestazioni potranno essere svolte presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o ad esso accreditate o centri privati.

La disponibilità per ciascun anno civile, per la presente garanzia è di **€ 500,00 per iscritto**, con l'applicazione di una **franchigia del 15%** su ogni fattura presentata per le prestazioni presso centri privati.

5. Indennità grandi interventi in strutture pubbliche

Nei casi di grandi interventi chirurgici o di gravi eventi morbosi, (come da lista di seguito riportata) nelle strutture pubbliche o convenzionate con il pubblico, CAS.SA.COLF attiva una garanzia indennitaria di € 1.000,00 per un solo intervento all'anno, che va a coprire le spese complementari dell'iscritto.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:

NEUROCHIRURGIA
• • Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
• Asportazione tumori dell'orbita
• Interventi di cranioplastica
• Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
• Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
• Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
• Interventi sul plesso brachiale
• Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
CHIRURGIA GENERALE
• Ernia Femorale
• Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
• Nodulectomia mammaria
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare
• Intervento di enucleazione del globo oculare
OTORINOLARINGOIATRIA
• Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
• Asportazione di tumori maligni del cavo orale
• Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
• Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali intervento di cordectomia)
• Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
• Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
• Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi aortici
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomia
- Interventi sulle valvole cardiache
- Interventi sull'aorta addominale
- Interventi sulla biforcazione aorto-iliaca
- Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Interventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenctomia
- Isterectomia totale/sub totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
• Interventi per sindrome del tunnel carpale
• Intervento per dito a scatto
• Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
• Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
• Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca, ginocchio o caviglia
• Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
• Interventi di stabilizzazione vertebrale
• Interventi sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
• Interventi per costola cervicale
• Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
• Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
• Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
• Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
CHIRURGIA MAXILLO – FACCIALE
• Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio
TRAPIANTI DI ORGANO
• Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche

ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI:

a. Infarto miocardico acuto;
b. **Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:**
i. dispnea
ii. edemi declivi
iii. aritmia
iv. angina instabile
v. edema o stasi polmonare
vi. ipossiemia
c. Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure;

d.	**Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:**
i.	ulcere torbide
ii.	decubiti
iii.	neuropatie
iv.	vasculopatie periferiche
v.	infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
e.	Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato;
f.	Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;

6. Contributo oneri funerari

CAS.SA.COLF, in caso di decesso del lavoratore iscritto, provvede all'erogazione di un contributo che va a coprire gli oneri funerari o le spese per il rimpatrio della salma nella Nazione di origine.

Il contributo spetta agli eredi del lavoratore iscritto.

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

Unitamente alla richiesta è necessario inoltrare i seguenti documenti:

- Certificato di decesso;
- Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà degli eredi.

Nel caso di due o più eredi del lavoratore iscritto, sarà necessario allegare alla domanda l'Autorizzazione sottoscritta da tutti gli eredi alla riscossione del contributo solo da parte di uno di questi.

7. Prestazioni di psicoterapia

CAS.SA.COLF provvede all'erogazione di un contributo in favore dei lavoratori che si rivolgono ad uno psicoterapeuta regolarmente iscritti all'albo.

Il contributo ammonta ad un massimo di € 400,00 per persona e per anno civile.

Per la richiesta è necessario inoltrare i seguenti documenti:

- fatture comprovanti le sedute di terapia effettuate.

8. Prestazioni convenzionate Unisalute

8.1. Prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute

Il piano sanitario prevede il pagamento di una serie di prestazioni in convenzione con UniSalute, in caso di malattia od infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, effettuate in strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati.

UniSalute provvede al pagamento diretto ed integrale alla struttura sanitaria convenzionata, senza applicazione di scoperti o franchigie in presenza di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che rende necessaria la prestazione stessa (come da lista di seguito riporta), per un **massimale annuo assicurato di € 1.000,00 per persona**.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

ACCERTAMENTI
• 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)
• Ecografie
• Accertamenti endoscopici (sia diagnostiche che operative, in copertura anche se endoscopia diventa operativa in corso di diagnostica)
TERAPIE
• Chemioterapia
• Cobaltoterapia
• Dialisi
• Laserterapia a scopo fisioterapico
• Radioterapia

8.2. Visite specialistiche

CAS.SA.COLF tramite UniSalute provvede al pagamento diretto ed integrale alla struttura sanitaria convenzionata, senza applicazione di scoperti o franchigie in presenza di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, di tutte le visite specialistiche con l'esclusione delle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche per un numero **massimo di 7** per persona per anno.

8.3. Prestazioni odontoiatriche

CAS.SA.COLF tramite UniSalute provvede al pagamento della prestazione per l'ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo;

La presente garanzia è fruibile **una volta per ogni anno civile** in strutture sanitarie convenzionate con le Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. CAS.SA.COLF tramite UniSalute autorizza una seconda seduta di ablazione del tartaro nello stesso anno assicurativo qualora il medico ne riscontri la necessità.

8.4. Impianti osteointegrati

CAS.SA.COLF tramite UniSalute prevede il pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse. La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i. La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di:

- **€ 2.100,00 nel caso di applicazione di tre o più impianti;**
- **€ 1.200,00 nel caso di applicazione di due impianti;**
- **€ 600,00 nel caso di applicazione di un impianto.**

8.5. Pacchetto prevenzione

8.5.1. Esami ematici

CAS.SA.COLF tramite UniSalute provvede al pagamento degli esami ematici di seguito riportati:

- ves - velocita' di sedimentazione delle emazie;
- glucosio (s/p/u/du/la);
- ast (got) - aspartato aminotransferasi;
- alanina aminotransferasi (alt/gpt) /transaminasi (s);
- creatinina;
- ggt (gamma gt) - gamma glutamil transpeptidasi;
- esame emocromocitometrico e morfologico completo (con formula leucocitaria e conteggio piastrine).

La presente garanzia è fruibile una volta per ogni anno civile in strutture sanitarie convenzionate con le Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

8.5.2. Nuove prestazioni di prevenzione incluse dal 01/07/2024

CAS.SA.COLF tramite UniSalute provvede al pagamento dei seguiti accertamenti. Gli iscritti potranno usufruire di un massimo di due pacchetti per ogni anno civile in strutture sanitarie convenzionate con le Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

• **Prevenzione cardiovascolare**
• Visita cardiologica
• **Esami ematici:** esame emocromocitometrico, Ves, glicemia, azotemia, creatininemia, colesterolo totale e HDL, trigliceridi, omocisteina
• Ecg basale
• Ecg da sforzo
• **Prevenzione endocrinologica**

- Visita specialistica endocrinologica
- Ecografia tiroidea
- **Prevenzione oncologica per le donne**
- **esami ematici ed esame urine:** esame emocromocitometrico, Ves, CA 125;
- visita ginecologica e pap test;
- ecografia transvaginale;
- visita senologica;
- ecografia mammaria per donne con età < 40 anni;
- ecografia mammaria o mammografia bilaterale per donne con età > o = 40 anni (per la mammografia è richiesta la prescrizione del medico),
- **Prevenzione oncologica per gli uomini**
- **esami ematici ed esame urine:** esame emocromocitometrico, Ves e dosaggio PSA (quest'ultimo solo con età > 40 anni)
- **Prevenzione angiologica**
- visita specialistica angiologica;
- ecodoppler arti inferiori venoso e arterioso

8.5.3. Visita oculistica

CAS.SA.COLF tramite UniSalute provvede al pagamento della prestazione per la visita oculistica.

La presente garanzia è fruibile una volta per ogni anno civile in strutture sanitarie convenzionate con le Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

8.6. Prestazioni a tariffa agevolata

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

8.7. Servizi di consulenza

UniSalute fornisce i seguenti servizi di consulenza che vengono gestiti dalla Centrale Operativa telefonando al **numero verde 800.00.96.38** dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30.

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

UniSalute mette a disposizione l'App UniSalute scaricabile gratuitamente, dalla quale si possono prenotare o consultare le prestazioni offerte dalla stessa.

8.7.1. 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.

8.7.2. Prenotazione di prestazioni sanitarie

Per la prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, contattare il **numero verde 800 1000 26**.

8.7.3. 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.

9. Prestazioni sperimentali

In via sperimentale CAS.SA.COLF, dal 1° gennaio 2024 e fino al 31 Dicembre 2024, erogherà le seguenti prestazioni:

9.1. Prestazione eventi traumatici senza ricovero

In caso di malattia e/o infortunio, a seguito di incidente traumatico che non ha reso necessario il ricovero, ma che ha portato l'iscritto all'applicazione di immobilizzazione non rimovibile (es. fasciatura gessata) presso la struttura pubblica o convenzionata con il pubblico (pronto soccorso), il dipendente iscritto ha diritto alla corresponsione di un'i**ndennità di € 30,00 per un massimo di dieci giorni di prognosi annui**. La prognosi deve essere stata rilasciata dalla struttura che ha prestato il soccorso e non dal medico curante.

9.2. Prestazione interventi ambulatoriali

In caso di interventi eseguiti in regime ambulatoriale, in istituti di cura pubblici o privati, il dipendente iscritto, ha diritto alla corresponsione di un'indennità di € 30,00 per anno civile.

A seguito dell'intervento in regime ambulatoriale il dipendente ha diritto ad una indennità di **€ 30,00 per ogni giorno di convalescenza**, a partire dal quinto giorno, per un **massimo di 10 giorni** per anno civile. La prognosi deve essere stata rilasciata dalla struttura presso la quale è stato effettuato l'intervento e non dal medico curante.

9.3. Lista grandi interventi ambulatoriali

Nei casi di grandi interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale (come da lista di seguito riportata), nelle strutture pubbliche o convenzionate con il pubblico, CAS.SA.COLF attiva una **garanzia indennitaria di € 300,00 per un solo intervento all'anno**, che va a coprire le spese complementari dell'iscritto.

- Cataratta;
- Sindrome del tunnel carpale;

- Sindrome del canale di Guyon (ultimo tratto del nervo ulnare);
- Sindrome del tunnel tarsale;
- Dito a scatto (tendinite della mano);
- Sindrome di De Quervain (tenosinovite stenosante);

9.4. Prestazione per invalidità

CAS.SA.COLF prevede dei rimborsi volti a fornire sostegno agli iscritti che versano in condizioni di invalidità permanente. Il dipendente iscritto, a cui è stata diagnosticata ed approvata l'invalidità come di seguito descritto:

- derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore al 91%
- per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore al 91%

La prestazione è operante, in aggiunta al resto del nomenclatore, per le seguenti casistiche:

- Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
- Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati;
- Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati) purché prescritti da un medico;
- Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (servo scala, veicoli per supporto movimenti);
- Consulenza psicologica effettuata da psicologo abilitato; sedute di psicoterapia; visita psichiatrica; visita neurologica.

La disponibilità per la presente prestazione è di € 3.000,00, per persona e non è ripetibile.

10. Comunicazioni a CAS.SA.COLF

Gli iscritti a CAS.SA.COLF ai sensi dei precedenti articoli effettueranno le comunicazioni alla stessa, avvalendosi degli strumenti di comunicazione forniti e della relativa modulistica.

11. Richiesta delle prestazioni (articoli da 1 a 7)

11.1. Richiesta prestazioni tramite area riservata MYCASSACOLF

Per la richiesta tramite area riservata MyCassacolf, dopo aver effettuato la registrazione si dovrà allegare la seguente documentazione:

a) copia di documento di identità del dipendente in corso di validità;

b) copia della documentazione che attesti l'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale;

c) in base all'evento avvenuto, bisognerà allegare l'apposita documentazione, tra quelle di seguito riportata:

i) copia del certificato di dimissione contenente sia la data di ricovero che la diagnosi;

ii) copia della prescrizione dell'eventuale convalescenza;

iii) copia dei pagamenti degli eventuali ticket sanitari;

iv) copia dei pagamenti delle eventuali spese sanitarie sostenute in gravidanza;

v) copia delle ricevute delle eventuali spese sostenute per interventi chirurgici del neonato nel suo primo anno di vita;

vi) copia delle ricevute delle eventuali spese sostenute per acquisto o noleggio del materiale riabilitativo;

vii) copia delle ricevute delle eventuali spese sostenute per i trattamenti fisioterapici o riabilitativi.

CAS.SA.COLF ha il diritto di richiedere la cartella clinica, nonché gli originali o le copie autentiche dei documenti richiesti. Per la richiesta tramite area riservata MyCassacolf, non è necessario allegare la modulistica prevista per le richieste effettuate con le modalità previste dal punto 11.2.

11.2. Richiesta prestazioni tramite posta elettronica/ordinaria

Per la richiesta si deve utilizzare l'apposito stampato "Modulo richiesta prestazioni ordinarie" il modello che deve essere debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto dal dipendente.

A tale stampato deve essere allegata la seguente documentazione:

a) copia di documento di identità del dipendente in corso di validità;

b) copia della documentazione che attesti l'avvenuto versamento con regolarità e continuità dei contributi di assistenza contrattuale;

c) in base all'evento avvenuto, bisognerà allegare l'apposita documentazione, tra quelle di seguito riportata:

i) copia del certificato di dimissione contenente sia la data di ricovero che la diagnosi;

ii) copia della prescrizione dell'eventuale convalescenza;

iii) copia dei pagamenti degli eventuali ticket sanitari;

iv) copia dei pagamenti delle eventuali spese sanitarie sostenute in gravidanza;

v) copia delle ricevute delle eventuali spese sostenute per interventi chirurgici del neonato nel suo primo anno di vita;

vi) copia delle ricevute delle eventuali spese sostenute per acquisto o noleggio del materiale riabilitativo;

vii) copia delle ricevute delle eventuali spese sostenute per i trattamenti fisioterapici o riabilitativi.

CAS.SA.COLF ha il diritto di richiedere la cartella clinica, nonché gli originali o le copie autentiche dei documenti richiesti.



CASSA PORTIERI

Gestisce i trattamenti assistenziali, previdenziali ed assicurativi, integrativi e/o sostitutivi delle prestazioni sociali pubbliche obbligatorie, a favore dei portieri e degli impiegati, dipendenti da proprietari di fabbricati.

CONOSCI LE OPPORTUNITÀ
SCOPRI LE PRESTAZIONI
TUTELA IL TUO FUTURO

Fondo Cassa Portieri. Una tutela in più, al tuo fianco.

www.cassaportieri.it

Numero centrale operativa:
Numero Verde
800 - 009648

Numero centrale amministrativa:
Numero
06-44251191

CASSA PORTIERI

Il Fondo Sanitario costituisce un primario strumento di welfare integrativo istituito in attuazione dell'articolo 113 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (C.C.N.L.) per i dipendenti da proprietari di fabbricati. Nato con l'obiettivo fondamentale di sostenere e proteggere la salute dei lavoratori del comparto, il Fondo eroga un'ampia copertura economica per prestazioni sanitarie e assistenziali integrative rispetto ai servizi già garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'accesso alle tutele non è limitato ai soli lavoratori iscritti, ma si estende significativamente anche ai rispettivi coniugi e ai figli minorenni fiscalmente a carico, assicurando così un supporto concreto all'intero nucleo familiare. L'insieme dei servizi erogati, i limiti di spesa e le specifiche modalità di fruizione delle garanzie — che spaziano dai pacchetti di prevenzione alla diagnostica, dalle visite specialistiche ai trattamenti odontoiatrici e ai contributi socio-assistenziali — sono dettagliatamente disciplinati all'interno del Piano Sanitario, il quale costituisce parte integrante e fondamentale del Regolamento del Fondo ai sensi dell'articolo 9.

CCNL previsti

- CCNL Portieri e Custodi (sottoscritto da Confedilizia, FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL, UILTUCS-UIL)

Personale interessato:

- tutti i lavoratori che applicano questo contratto collettivo

Contribuzione

- Profili: (Portieri, Custodi, Impiegati)
- **2,10% della retribuzione lorda**.
- A carico del **datore di lavoro** (Condominio): **1,70%**
- A carico del **lavoratore**: **0,40%** (trattenuto in busta paga)
- Profili: (Addetti alla sola pulizia / Lavascale)
- **0,80% della retribuzione lorda**
- A carico **interamente** del **datore di lavoro** (Condominio)

Operatività

Pacchetti prevenzione, indennità giornaliera ricovero per grande intervento chirurgico, ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio, alta specializzazione, visite specialistiche, rimborso ticket SSN per accertamenti diagnostici e visite specialistiche, lenti e occhiali, pacchetto maternità, fisioterapia, implantologia, altre prestazioni odontoiatriche, assegno di nascita, contributo per figli portatori di invalidità, contributo per familiari portatori di invalidità, contributo per spese funerarie

Per il coniuge: Rimborso Tickets SSN per accertamenti diagnostici e visite specialistiche, lenti ed occhiali, implantologia, altre prestazioni odontoiatriche

Per i figli: Rimborso Tickets SSN per accertamenti diagnostici e visite specialistiche, lenti ed occhiali, prevenzione dentale e protocollo ortodontico

Contatti utili: numero verde UniSalute 800 009648 per prestazioni in forma diretta

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Pacchetto prevenzione	Diretta	Nessuno	1 volta l'anno (per oncologico uomini/ donne: 1 volta ogni 2 anni)	Da effettuare in un'unica soluzione presso strutture convenzionate previa prenotazione tramite Centrale Operativa.
Indennità giornaliera ricovero per grande intervento chirurgico	Indiretta	Nessuno	€ 40,00 al giorno fino a un massimo di 90 giorni per ricovero	Indipendentemente dal fatto che avvenga in struttura pubblica o privata. Richiede copia di cartella clinica e scheda di dimissione.
Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio	Diretta	Nessuno	Disponibilità Annua: € 3.000,00	Per un periodo massimo di 120 giorni dalla data di dimissioni per ricovero indennizzabile.
Prestazioni di alta specializzazione	Diretta	Nessuno	Disponibilità Annua: € 1.000,00	Richiede prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia
Visite specialistiche	Diretta	Nessuno	Massimo 8 visite all'anno	Escluse odontoiatria e ortodonzia (salvo prima visita psichiatrica)
Rimborso Tickets SSN per accertamenti diagnostici e visite specialistiche	Indiretta (gestita da Cassa Portieri)	Nessuno	Disponibilità biennio: € 500,00	Per ticket sanitari relativi a visite specialistiche o analisi specifiche presso il SSN.
Rimborso lenti ed occhiali	Indiretta (gestita da Cassa Portieri)	Nessuno	Massimo € 100,00 (rientranti nel plafond biennale di € 500,00 dei ticket SSN)	Fruibile una sola volta ogni quadriennio, previa prescrizione medica rilasciata nell'anno di acquisto.
Pacchetto maternità	Indiretta (gestita da Cassa Portieri)	Nessuno	Disponibilità Annua: € 850,00	Include esami/visite/ecografie in gravidanza, psicoterapia post-aborto (max 15 sedute) e indennità di € 70,00/giorno per ricovero parto/ aborto terapeutico (max 15 giorni).
Fisioterapia Riabilitativa (Post-infortunio)	Diretta	Nessuno	Confluisce nel massimale unico di € 900,00 annui	Prescritta da medico di base o specialista, a seguito di infortunio certificato da Pronto Soccorso.
Fisioterapia per Patologie Particolari	Diretta	Nessuno	Confluisce nel massimale unico di € 900,00 annui	Per patologie specifiche (es. ictus, infarto, SLA, sclerosi multipla, Parkinson, Alzheimer, post-operatorio tunnel carpale).
Implantologia	Diretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 1.800,00 per iscritto • Sottolimite 1 impianto: € 600,00 • Sottolimite 2 impianti: € 1.100,00	Riservato a iscritto e coniuge fiscalmente a carico. Richiede radiografie pre e post intervento.
Ablazione tartaro	Diretta	Pagamento del 50% a carico dell'iscritto (il Fondo copre il 50%)	Fruibile una volta l'anno	Include ablazione del tartaro con ultrasuoni ed eventuale visita di controllo.
Prevenzione dentale e protocollo ortodontico per figli minorenni	Diretta	Nessuno	Disponibilità Annua: € 850,00 per figlio	Include apparecchi ortodontici fissi/mobili, igiene/profilassi, ablazione tartaro, fluorurazione, scaling e sigillatura solchi.
Assegno di nascita	Indiretta (gestita da Cassa Portieri)	Nessuno	Contributo una tantum di € 1.000,00 lordi per ogni figlio nato	Presentare domanda entro 3 mesi dal verificarsi dell'evento
Contributo per figli portatori di invalidità	Indiretta (gestita da Cassa Portieri)	Nessuno	Contributo annuo di € 2.000,00 lordi per ogni figlio a carico con invalidità >= 70%	Presentare domanda entro 3 mesi dalla fine dell'annualità.
Contributo per familiari portatori di invalidità	Indiretta (gestita da Cassa Portieri)	Nessuno	Contributo annuo di € 1.500,00 lordi per coniuge/ascendenti di 1° grado con invalidità >= 70%	Presentare domanda entro 3 mesi dalla fine dell'annualità.
Contributo Spese Funerarie (Decesso Coniuge)	Indiretta (gestita da Cassa Portieri)	Nessuno	Contributo una tantum di € 500,00 lordi	Entro 3 mesi dal decesso del coniuge o della persona unita civilmente
Contributo Spese Funerarie Nucleo (Decesso Lavoratore)	Indiretta (gestita da Cassa Portieri)	Nessuno	Contributo una tantum di € 500,00 lordi agli eredi conviventi	Erogata agli eredi diretti conviventi. Entro 3 mesi dal decesso del lavoratore in costanza di rapporto di lavoro.

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Finalità estetiche: Sono espressamente escluse dal rimborso dei ticket SSN le spese mediche inerenti a cure estetiche. Inoltre, le tariffe agevolate odontoiatriche non si applicano a prestazioni di tipo estetico.
- Materiale sanitario e farmaci: Non costituisce spesa rimborsabile l'acquisto di materiale sanitario, prodotti farmaceutici, protesi e similari (fatta eccezione per le specifiche tutele previste per occhiali, lenti e ausili/implantologia autorizzati).
- Visite psichiatriche: Per quanto riguarda le visite specialistiche, la copertura esclude in via generale la psichiatria, ammettendo in garanzia esclusivamente la prima visita psichiatrica finalizzata all'accertamento di una patologia.
- Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche generiche: Le visite specialistiche standard escludono totalmente le prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, le quali seguono canali dedicati e limitati (come l'ablazione del tartaro al 50%, l'implantologia per 3 o più impianti o il protocollo ortodontico per figli minorenni).
- Luoghi non idonei per la fisioterapia: Non rientrano in garanzia i trattamenti fisioterapici effettuati presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel o centri benessere, anche se dotati di un annesso centro medico.

Nomenclatore

La CASSA PORTIERI attraverso la sezione "Fondo Sanitario" gestisce la tutela sanitaria contrattuale per i dipendenti da proprietari di fabbricati. Le prestazioni erogate e le modalità di fruizione delle stesse sono disciplinate da un apposito Piano Sanitario che costituisce parte integrante del Regolamento del Fondo Sanitario.

Hanno diritto alle prestazioni del Fondo i dipendenti iscritti, i relativi coniugi e i figli minorenni fiscalmente a carico.

1. Pacchetto prevenzione

Il Fondo provvede, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'interessato, al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **1 volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate** indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione (si veda la procedura di cui al punto 13.2 - erogazione in forma indiretta o rimborsuale). Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prevenzione Cardiovascolare
• Esame emocromocitometrico completo
• Velocità di eritrosedimentazione
• Glicemia
• Azotemia (urea)
• Creatininemia
• Colesterolo HDL; Colesterolo Totale
• Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)

- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (tempo di tromboplastina parziale)
- PT (tempo di protrombina)

Prestazione Oncologica per gli uomini con età superiore a 45 anni (1 volta ogni 2 anni)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Creatininemia
- Colesterolo HDL; Colesterolo Totale
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- PSA (specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (tempo di tromboplastina parziale)
- PT (tempo di protrombina)

Prestazione Oncologica per le donne con età superiore a 35 anni (1 volta ogni 2 anni)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Creatininemia

- Colesterolo HDL; Colesterolo Totale
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (tempo di tromboplastina parziale)
- PT (tempo di protrombina)

2. Indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico

In caso di ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (vedi elenco al punto 17), l'iscritto avrà diritto a un'indennità di **€ 40,00 per ogni giorno** di ricovero per un periodo non superiore a **90 giorni per ogni ricovero**. La garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al successivo punto 13.2 - erogazione in forma indiretta o rimborsuale).

3. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricovero per grande intervento chirurgico

Il Fondo, per un periodo di 1**20 giorni successivo alla data di dimissioni**, per ricovero indennizzabile, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Il Fondo, tramite la rete convenzionata, concorderà il programma medico/riabilitativo con l'iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Le spese rientranti in tale garanzia vengono liquidate direttamente alle strutture convenzionate interessate a cura del Fondo (si veda la procedura di cui al punto 13.1 - richiesta della prestazione in forma diretta).

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 3.000,00 per iscritto/nucleo familiare fiscalmente a carico.

4. Prestazioni di alta specializzazione

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

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrasto-grafici) - anche digitale
• Angiografia
• Artrografia
• Broncografia
• Cistografia
• Cistouretrografia
• Clisma opaco
• Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
• Colangiografia percutanea (PTC)
• Colangiografia trans Kehr
• Colecistografia
• Coronografia
• Dacriocistografia/Dacriocistotac
• Defecografia
• Discografia
• Fistolografia
• Flebografia
• Fluorangiografia
• Galattografia
• Isterosalpingografia
• Mielografia
• Retinografia
• Rx esofago con mezzo di contrasto
• Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
• Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
• Scialografia
• Splenoportografia
• Urografia

- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Biopsia muscolare
- Biopsia prostatica
- Biopsia TAC guidata
- Colonscopia
- Ecocardiografia
- Ecodoppler
- Ecocolordoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici
- Ecografia addome completo
- Ecografia mammaria
- Ecografia transvaginale
- Ecografia tiroidea
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Tomografia mappa strumentale della cornea (OTC)

Terapie

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

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fondo, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di nessun scoperto e franchigia (si veda la procedura di cui al punto 13.1 - richiesta della prestazione in forma diretta).

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate all'iscritto dietro apposita domanda con l'applicazione di uno scoperto **pari al 20% con un minimo non indennizzabile pari a € 70,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia (si veda la procedura di cui al punto 13.2 - erogazione in forma indiretta o rimborsuale).

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni sopraindicate corrisponde a € 1.000,00 per iscritto/ nucleo familiare fiscalmente a carico.

5. Visite specialistiche

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per tutte le visite specialistiche con l'esclusione delle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

La Garanzia opera in presenza di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. I documenti di spesa (fatture e ricevute) relativi alle visite effettuate devono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fondo, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di nessun scoperto e franchigia (si veda la procedura di cui al punto 13.1 - richiesta della prestazione in forma diretta).

Nel caso in cui l'iscritto si rivolga strutture sanitarie e di personale non convenzionato con il Fondo, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00** per ogni visita (si veda la procedura di cui al punto 13.2 - erogazione in forma indiretta o rimborsuale).

Numero massimo di visite annue: 8 visite per iscritto/nucleo familiare fiscalmente a carico.

6. Rimborso ticket SSN per accertamenti diagnostici e visite specialistiche

Il Fondo rimborsa nella misura massima di **€ 500,00 ogni due anni** le spese sostenute per accertamenti sanitari sullo stato di salute proprio, oltre che quello del coniuge o figli minorenni fiscalmente a carico, effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale (Tickets).

Possono essere oggetto di rimborso esclusivamente le spese mediche sostenute di tipo specialistico (visite specialistiche) nonché le spese sostenute per l'effettuazione di una o più analisi specifiche consistenti in via esemplificativa e non tassativa in una delle seguenti: analisi delle urine, sangue, eco doppler, spirometria, ECG sotto sforzo, ecotomografia, esami radiologici e quanto altro in argomento.

Non rientrano tra le spese mediche rimborsabili quelle inerenti a cure estetiche. Non costituisce, altresì, spesa medica rimborsabile, l'acquisto di materiale sanitario (prodotti farmaceutici, protesi e similari) con la sola eccezione di occhiali e/o lenti di cui sotto.

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 13.2 - erogazione in forma indiretta o rimborsuale).

7. Rimborso lenti ed occhiali

Del predetto rimborso biennale di € 500,00 di cui sopra al punto 6, € 100,00 possono essere rimborsati per l'acquisto di occhiali da vista o lenti da vista, per sé stessi, per il coniuge o figli minorenni fiscalmente a carico, a seguito di specifica prescrizione medica rilasciata nell'anno di acquisto. Quest'ultimo rimborso potrà aver luogo una sola volta per ogni quadriennio.

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 13.2 - erogazione in forma indiretta o rimborsuale).

8. Pacchetto maternità

Il Fondo provvede al rimborso all'iscritto delle spese sanitarie per le seguenti prestazioni:

In gravidanza

- ecografie di controllo;
- amniocentesi;
- analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza;
- visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza;
- caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento.

Durante il ricovero per parto

- corresponsione di un'indennità di €. 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 15 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

La prestazione viene erogata all'iscritto dietro apposita domanda (si veda la procedura di cui al punto 13.2 - prestazione erogata in forma indiretta).

La garanzia è prestata fino a un massimo di €. 850,00 iscritto/nucleo familiare fiscalmente a carico.

9. Fisioterapia riabilitativa a seguito di infortunio e patologie particolari

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni di cui ai successivi punti 9.1 "Fisioterapia riabilitativa a seguito di infortunio" e 9.2 "Fisioterapia riabilitativa per patologie particolari" **corrisponde a € 900,00** iscritto/nucleo familiare fiscalmente a carico.

9.1. Fisioterapia riabilitativa a seguito di infortunio

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Rientrano nella garanzia solo ed esclusivamente i trattamenti effettuati presso strutture sanitarie convenzionate con il Fondo.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'interessato (si veda la procedura di cui al punto 13.1 - prestazione erogata in forma diretta).

9.2. Fisioterapia per patologie particolari

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di una delle patologie sotto specificate sempre che siano prescritti dal medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

- Ictus cerebrale
- Infarto
- Sclerosi laterale amniotrofica (SLA)
- Sclerosi Multipla
- Morbo di Parkinson
- Demenza senile in stato avanzato (Alzheimer)
- Trattamenti post operatori per Tunnel carpale

Non rientrano in garanzia le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Le terapie devono essere necessariamente effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con il Fondo ed effettuate da medici con esso convenzionati.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'interessato (si veda la procedura di cui al punto 13.1 - prestazione erogata in forma diretta).

10. Prestazioni di implantologia per l'iscritto ed il coniuge fiscalmente a carico

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per prestazioni di implantologia dentale relativa a 3 o più impianti previsti dal medesimo piano di cura per l'iscritto ed il coniuge fiscalmente a carico fino ad un **massimo annuo di € 1.800,00**. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone.

Nel caso di applicazione di **1 singolo impianto** indicato dal piano di cura è previsto un **sotto massimale annuo di € 600,00** per nucleo familiare avente diritto. In caso di applicazione di **2 impianti**, è previsto un **sotto massimale annuo di € 1.100,00** per nucleo familiare avente diritto. La presente garanzia viene erogate esclusivamente tramite strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'interessato (si veda la procedura di cui al punto 13.1 - prestazione in forma diretta).

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

11. Ablazione tartaro e altre prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate per l'iscritto ed il coniuge fiscalmente a carico

11.1. Ablazione del tartaro

Il Fondo contribuisce nella misura del **50% della spesa odontoiatriche** sostenute dall'iscritto e dal coniuge fiscalmente a carico per l'ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

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

La presente garanzia è fruibile una volta l'anno e opera esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con il Fondo previa prenotazione tramite Centrale Operativa (si veda la procedura di cui al punto 13.1 - prestazione erogata in forma diretta).

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri la necessita di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, il Fondo provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Il contributo viene liquidate direttamente dal Fondo alla struttura sanitaria. Il rimanente 50% dovrà essere versato dall'iscritto al momento dell'emissione della fattura.

11.2. Agevolazioni tariffarie

Qualora una prestazione odontoiatrica (sono escluse le prestazioni di tipo estetico) non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'avente diritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura prescelta tra quelle facenti parte delle Rete di una autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate Unisalute con conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

12. Prevenzione dentale e protocollo ortodontico per figli minorenni fiscalmente a carico

Il Fondo provvede al pagamento delle spese fino ad un **massimo annuo di 200,00 € per figlio** minorenne fiscalmente a carico delle prestazioni di seguito specificate:

- Protocollo Ortodontico;
- Prestazioni di Igiene e Profilassi Dentale;
- Prestazioni Odontoiatriche Particolari;

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

12.1. Protocollo Ortodontico

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per:

- Apparecchi Ortodontici Fissi o Mobili;

La presente garanzia viene erogate esclusivamente tramite strutture sanitarie e personale convenzionato con il Fondo previa prenotazione tramite la Centrale Operativa.

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia (si veda la procedura di cui al punto 13.1 - prestazione erogata in forma diretta).

12.2. Prestazioni di Igiene e Profilassi Dentale

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni d'igiene e profilassi dentale:

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

La prestazione di ablazione del tartaro è fruibile solo una volta l'anno. Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica del beneficiario, il medico riscontri la necessita di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, il Fondo provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

- Fluorazione;
- Scaling;
- Sigillatura dei solchi.

La presente garanzia viene erogate esclusivamente tramite strutture sanitarie e personale convenzionato con il Fondo. Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono direttamente liquidate alle strutture medesime a cura del Fondo senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia (si veda la procedura di cui al punto 13.1 - prestazione erogata in forma diretta).

13. Come usufruire della prestazione (diretta o rimborso)

Sotto il profilo delle modalità di erogazione, le prestazioni dalla CASSA si dividono in 2 gruppi. Prestazioni erogate in forma diretta (quelle cioè erogate direttamente presso le strutture convenzionate - punto 13.1) e prestazioni erogate invece in forma rimborsuale (cioè privatamente salvo richiesta di rimborso - punto 13.2). La modalità di erogazione è fissata dal Piano Sanitario.

13.1. Erogazione in forma diretta

Se la prestazione è erogata in forma diretta l'iscritto dovrà necessariamente rivolgersi a strutture convenzionate Unisalute utilizzando una le seguenti modalità:

- contattando l'apposita centrale operativa al **numero verde gratuito 800-009648** (attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30);
- collegandosi all'area riservata del sito www.unisalute.it;
- utilizzando l'app Unisalute up.

Gli operatori, verificata la compatibilità della prestazione con il Piano Sanitario, provvederanno alla prenotazione presso il centro prescelto. All'atto dell'effettuazione della prestazione l'iscritto dovrà presentare un documento comprovante la propria identità e, quando previsto, la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.
Il Fondo provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate.

13.2. Erogazione in forma indiretta o rimborsuale

Se, invece, la prestazione è erogata in forma indiretta sarà cura dell'interessato rivolgersi a strutture private non convenzionate (o anche pubbliche) e successivamente chiedere il rimborso delle spese.

A tal fine è necessario inviare una apposita richiesta di rimborso completa della seguente documentazione:

- modulo di domanda debitamente compilato e sottoscritto (sempre);
- per l'indennità giornaliera (punto 1 tabella) prevista in caso di ricovero per grande intervento chirurgico (compreso nell'elenco allegato al piano sanitario), copia della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera;
- in caso di prestazioni extra ricovero comprese nella garanzia di Alta Specializzazione (punto 3 tabella) e solo nel caso in cui l'iscritto non abbia potuto fruirne presso i centri convenzionati poiché residente o domiciliato in una provincia scoperta, copia della prescrizione del medico curante contenente la patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione;
- fotocopia della documentazione relativa alle spese sostenute (fatture e/o ricevute) da cui risulti il pagamento effettuato.

SPEDIZIONE DELLA DOMANDA DI RIMBORSO

L'indirizzo di spedizione della domanda di rimborso è diverso a seconda del tipo di gestione - Interna o Convenzionata Unisalute (si veda la tabella colonna contatto).

Nel caso delle garanzie di cui ai punti 2 (INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO), 4 (ALTA SPECIALIZZAZIONE ESEGUITA IN PROVINCIA NON COPERTA DALLA RETE) e 5 (VISITE SPECIALISTICHE EFFETTUATE IN PROVINCIA NON COPERTA DALLA RETE) la richiesta deve essere inviata a: Fondo Sanità Portieri c/o centrale operativa di UNISALUTE Spa Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 BOLOGNA.

Nel caso delle garanzie di cui ai punti 6 (TICKETS VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRESSO IL SSN), 7 - RIMBORSO LENTI ED OCCHIALI) e 8 (PACCHETTO MATERNITA') la richiesta deve essere inviata a: Fondo Sanità Portieri c/o sede amministrativa CASSA PORTIERI C.so Trieste,10 - 00198 ROMA.

14. Numero verde e servizi di consulenza

La Centrale Operativa fornisce telefonicamente il servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano Sanitario in forma diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo (vedi tabella prestazioni). Il numero è il seguente: **800-009648** (attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30)

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia ed all'Estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

15. Area riservata

Tramite l'accesso all'area riservata è possibile visualizzare lo stato delle pratiche elaborate ed i rimborsi effettuati https://www.cassaportieri.it/gfsV2/index.asp

16. Modulistica

La modulistica è disponibile nell'apposita sezione del menu Fondo Sanitario https://www.cassaportieri.it/modFondoMalFS.asp

17. Elenco grandi interventi chirurgici

NEUROCHIRURGIA
• Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
• Interventi di cranioplastica

- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

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- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

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 (solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)
• Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
• Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
• Correzione chirurgica di megauretere congenito
• Correzione chirurgica di megacolon congenito
TRAPIANTI DI ORGANO
• Tutti

18. Le prestazioni di Assistenza Integrativa

Il Fondo Malattia eroga:

A) un contributo una tantum pari a **€ 1.000,00** lordi in favore dei dipendenti da proprietari di fabbricati iscritti alla CASSA ed in regola con i versamenti per ogni figlio nato (**ASSEGNO PER NASCITA**);

B) un contributo annuo pari a **€ 2.000,00** lordi in favore dei dipendenti da proprietari di fabbricati iscritti alla CASSA ed in regola con i versamenti, per ogni figlio a carico portatore di una invalidità riconosciuta non inferiore al 70%. (**CONTRIBUTO PER FIGLI PORTATORI DI INVALIDITÀ**).

C) un contributo annuo pari a **€ 1.500,00** lordi in favore di dipendenti da proprietari di fabbricati iscritti alla CASSA ed in regola con i versamenti, per coniuge e/o ascendenti di primo grado a proprio carico e con una invalidità riconosciuta non inferiore al 70% (**CONTRIBUTO PER FAMILIARI PORTATORI DI INVALIDITÀ**);

D) un contributo una tantum pari a **€ 500,00** lordi in favore di dipendenti da proprietari di fabbricati iscritti alla CASSA ed in regola con i versamenti quale contributo per spese funerarie in caso decesso del proprio coniuge o di persona unita civilmente (**CONTRIBUTO SPESE FUNERARIE**);

E) un contributo una tantum pari a **€ 500,00** lordi in favore degli eredi diretti conviventi con dipendenti da proprietari di fabbricati iscritti alla CASSA ed in regola con i versamenti, quale contributo per spese funerarie in caso di decesso dello stesso in costanza di rapporto di lavoro (**CONTRIBUTO SPESE FUNERARIE NUCLEO**);

18.1. Modalità di domanda e documentazione da allegare

L'erogazione del contributo avviene direttamente a favore dell'avente diritto (prestazione diretta) dietro presentazione a cura dello stesso, di apposita domanda da indirizzare a: CASSA PORTIERI - C.so Trieste 10 00198 ROMA - utilizzando l'apposito modulo MAI ed allegando la seguente documentazione.

Ai fini della domanda di contributo di cui al punto A) (ASSEGNO PER NASCITA):

- certificato di nascita del nuovo nato;
- stato di famiglia.

Ai fini della domanda di cui ai punti B) e C) (CONTRIBUTO PER FIGLI, CONIUGE E ASCENDENTI DI PRIMO GRADO PORTATORI DI INVALIDITA'):

- certificazione della competente ASL in corso di validità attestante i requisiti minimi di invalidità civile richiesti;
- stato di famiglia;
- modello OBIS Inps;
- copia ultima certificazione fiscale rilasciata dal proprio datore di lavoro (modello CU) od altra idonea documentazione fiscale (mod.730) dove risulti il carico fiscale del soggetto richiedente il contributo;

Qualora il soggetto invalido raggiunga la maggiore età si deve procedere alla richiesta di rinnovo della documentazione medica attestante i requisiti di invalidità che dovrà essere pertanto prodotta con l'indicazione della percentuale di invalidità minima o superiore a quella richiesta.

Il rinnovo per gli anni successivi a quello di riconoscimento del contributo di cui alle lettere B) ed C) di cui al precedente Art.1 avviene d'ufficio fatta salva la richiesta di eventuale aggiornamento della documentazione presentata. In caso la certificazione del requisito minimo di invalidità richiesto sia stata rilasciata da oltre anni 5 anni la CASSA si riserva comunque la facoltà di richiederne il rinnovo pena la sospensione del contributo.

Ai fini della domanda di contributo di cui ai punti D) e E) (CONTRIBUTO SPESE FUNERARIE/SPESE FUNERARIE NUCLEO):

- certificato di morte;
- stato di famiglia.

Si precisa che la domanda di contributo per spese funerarie nucleo deve necessariamente essere presentata dal coniuge convivente e solo in mancanza di esso, da uno qualsiasi degli altri eredi diretti conviventi.

L'erogazione del contributo avviene tramite accredito (bonifico) su c/c bancario o postale intestato all'avente diritto.

18.2. Termini di presentazione

La domanda per l'ottenimento delle prestazioni di Assistenza Integrativa di cui all'Art.1 deve necessariamente essere inoltrata:

- nelle ipotesi previste alle lettere A), (assegno di nascita), D) e E) (contributo spese funerarie/spese funerarie nucleo) entro 3 mesi dal verificarsi dell'evento;
- nelle ipotesi prevista alle lettere B) ed C) (contributo per figli e familiari portatori di invalidità) entro 3 mesi dalla fine dell'annualità per il quale si richiede il contributo.

Qualora venga richiesto dalla CASSA il rinnovo della certificazione medica, la stessa deve pervenire entro i 3 mesi successivi la data della richiesta.

FONDO SANITARIO COOPERSALUTE

Coopersalute.Prendersi cura fa la differenza.

DAI VALORE ALLA TUA SALUTE

Il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti assunti, con contratto a tempo indeterminato e/o con contratto di apprendistato, delle imprese che applicano il CCNL della distribuzione cooperativa.



WWW.COOPERSALUTE.IT

06.8552454

PIAZZALE DI PORTA PIA N. 116
00198 ROMA

FONDO SANITARIO COOPERSALUTE

Nato come associazione nel 2006 in attuazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dipendenti delle imprese della distribuzione cooperativa sottoscritto il 2 luglio 2004, Coopersalute rappresenta il Fondo di assistenza sanitaria integrativa dedicato ai lavoratori del settore. Il Fondo è il frutto della forte sinergia paritetica tra le parti sociali, unendo da un lato le associazioni cooperative — l'Associazione Nazionale Cooperative di Consumatori (ANCC-Coop), Confcooperative Consumo e Utenza e l'Associazione Generale Cooperative Italiane — e dall'altro le organizzazioni sindacali FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL e UILTuCS-UIL.

La sua missione principale è quella di garantire solidi trattamenti di assistenza sanitaria integrativa a tutti i dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato e di apprendistato nelle imprese che applicano il CCNL di riferimento e che risultano regolarmente iscritti al Fondo. A tutela di una gestione equilibrata e condivisa, tutti gli organi statutari e di controllo di Coopersalute sono strutturati secondo un rigoroso principio di pariteticità tra la rappresentanza datoriale e quella sindacale.

CCNL previsti

- CCNL per i dipendenti da imprese della distribuzione cooperativa (sottoscritto da ANCC Coop, Confcooperative Consumo e Utenza, AGCI, FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL, UILTuCS-UIL)

Personale interessato:

- Lavoratori a tempo indeterminato (full-time e part-time).
- Apprendisti.
- **Esclusi**: Quadri

Contribuzione

- **Quota una tantum di iscrizione: 30,00 €** per ogni nuovo lavoratore iscritto a carico azienda
- **Contributo ordinario mensile: 11,00 €** al mese per ciascun lavoratore a carico azienda

Operatività

Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia e di infortunio; Prestazioni di diagnostica; Visite specialistiche Private; Ticket per accertamenti diagnostici, visite specialistiche e Pronto Soccorso; Gravidanza/Maternità; Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio e di patologie particolari; Protesi ortopediche; Prestazioni odontoiatriche; Prevenzione; Disintossicazione da alcool e droghe

Per i figli minori: Lenti e occhiali; Ortodonzia

Contatti utili: 800 016647 (per prenotare una visita e ricevere informazioni sul piano sanitario)

800 916848 (per iscritti dipendenti di Coop Lombardia, Coop Liguria e tutti i dipendenti di imprese delle Regioni Lombardia Liguria).

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico	Diretta Indiretta SSN	• Convenzionata: Franchigia fino a € 1.500,00 in alcune strutture • Non conv.: 80% rimborso con minimo non indennizzabile di € 2.000,00 • SSN: Rimborso integrale ticket/retta	• Massimale annuo area ricovero: € 100.000,00 • Strutture non conv.: max € 8.000,00 per intervento • Retta degenza non conv.: max € 300,00/giorno; accompagnatore max € 50,00/giorno (max 30 giorni)	Include pre-ricovero (100 giorni prima), intervento, cure, retta, accompagnatore, infermiere (max € 60/giorno) e post-ricovero (100 giorni dopo).
Trasporto Sanitario (Post-intervento)	Indiretta (Rimborso)	Nessuno	Massimale di € 1.500,00 per ricovero	Ambulanza, unità coronarica mobile, aereo sanitario per ricovero, trasferimento o rientro.
Colonscopia, Gastroscopia e Isteroscopia operativa	Diretta Indiretta Colonscopia, Gastroscopia e Isteroscopia operativa	Secondo le regole di ricovero o diagnostica	Massimale annuo di € 1.000,00 per iscritto	Copre le relative spese medico-chirurgiche e diagnostiche previste per i ricoveri/interventi
Protesi ortopediche	Indiretta	Nessuno	Massimale annuo di € 1.000,00 per iscritto	Per l'acquisto e/o l'applicazione di protesi ortopediche.
Interventi Chirurgici Neonati (1° Anno)	Indiretta Diretta	Secondo le regole generali	Massimale annuo di € 10.000,00 per neonato	Per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita (visite, accertamenti, ricovero e accompagnatore).
Indennità Sostitutiva per Ricovero	Indiretta	Nessuno	• € 80,00/notte (max 90 giorni)	Alternativa al rimborso delle spese, in caso di utilizzo del SSN per interventi da elenco
Prestazioni di diagnostica	Indiretta Diretta	Quota a carico di € 30,00 per accertamento/ciclo in struttura convenzionata Minimo non indennizzabile di € 50,00 (rimborso al 50%) in struttura non convenzionata	Massimale annuo di € 6.000,00 per iscritto	Richiede prescrizione medica con patologia presunta o accertata
Visite specialistiche private	Indiretta	Minimo non indennizzabile di € 30,00 per visita	Massimale annuo di € 600,00 per iscritto Massimo € 90,00 a rimborso per visita	Escluse odontoiatria, omeopatia, psichiatria (salvo 1ª visita), psicologia, dietologia (salvo 1ª visita da medico specialista), chiropratica. Visite psichiatriche e dietologiche fruibili una sola volta in tutta la copertura.
Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso	Indiretta	Nessuno (al netto della "Quota ricetta")	Massimale annuo di € 1.000,00 per iscritto	Rimborsati anche ticket per analisi del sangue per prevenzione/screening
Gravidanza/Maternità	Indiretta	Nessuno	Massimale di € 700,00 per evento ad iscritta Indennità € 70,00/gg max 7gg per parto/aborto	Include ecografie, analisi, amniocentesi/villocentesi (per età >35 anni o familiarità), max 2 visite (4 per gravidanza a rischio) e indennità di ricovero per parto/aborto terapeutico.
Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio	Diretta Indiretta SSN	Diretta e SSN: nessuno Indiretta: Minimo non indennizzabile di € 100,00 (rimborso al 80%)	Massimale annuo di € 700,00 per iscritto	Richiede certificato di Pronto Soccorso e prescrizione medica entro un anno. Escluse palestre, centri benessere, ecc

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Trattamenti fisioterapici per patologie particolari	Diretta Indiretta SSN	Diretta e SSN: nessuno Indiretta: Minimo non indennizzabile di € 100,00 (rimborso al 80%)	Massimale annuo di € 500,00 per iscritto	Per patologie specifiche (es. ictus, infarto, SLA, sclerosi multipla, Parkinson, Alzheimer, post-operatorio tunnel carpale, ernie discali, epicondilite mediale)
Prevenzione odontoiatrica	Diretta	Nessuno	Fruibile una volta l'anno	Include ablazione del tartaro con ultrasuoni ed eventuale visita di controllo.
Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia	Diretta Indiretta SSN	Nessuno	Massimale annuo di € 200,00 per iscritto	Include eventuali visite o igiene propedeutiche alle cure.
Implantologia	Diretta	Nessuno	• Massimale annuo: € 1.000,00 per iscritto • Sottolimite 2 impianti: € 750,00	Comprende posizionamento, avulsione, elemento provvisorio e definitivo
Disintossicazione da alcool e droghe	Indiretta (strutture pubbliche SerT o enti privati autorizzati)	Nessuno	Massimale annuo di € 500,00 per iscritto	Richiede prescrizione del medico curante.
Prevenzione	Diretta	Nessuno	Frequenza variabile (annuale o biennale a seconda del pacchetto)	Esami ematici, ECG, prevenzione oncologica (colon, cute, prostata, utero, seno) e respiratoria (TAC a basso dosaggio per fumatori).
FIGLI - Lenti da vista	Indiretta	Nessuno	Massimale di € 90,00 per figlio ogni 18 mesi	Richiede prescrizione medico oculista (esclusi prescrizioni di ottici/ortottici)
FIGLI - Ortodonzia	Indiretta	Nessuno	Massimale biennio di € 90,00 per figlio	Richiede fattura con dettaglio e referto dell'ortopanoramica

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Difetti fisici e malformazioni preesistenti: Il piano non è operante per le cure e/o gli interventi finalizzati all'eliminazione o alla correzione di difetti fisici o malformazioni presenti prima della stipulazione del piano (fatta eccezione per i neonati figli di iscritti).
- Malattie mentali e psichiche: Sono escluse la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.
- Cure odontoiatriche generali: Sono escluse le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (fatte salve le specifiche eccezioni per la prevenzione e le cure rientranti nei massimali dedicati).
- Finalità estetiche: Non sono coperti gli interventi o le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo la chirurgia plastica ricostruttiva resa necessaria da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del piano).
- Ricoveri di lunga degenza e assistenza: Sono esclusi i ricoveri causati dalla necessità di assistenza di terzi per compiere gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri di lunga degenza finalizzati a interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Sostituzione di protesi ortopediche: Sono esclusi gli interventi per la sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo.
- Abuso di sostanze e alcol: Non sono coperte le malattie conseguenti all'abuso di alcol, psicofarmaci o all'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni (salvo il programma specifico di disintossicazione).

- Sport aerei e motoristici: Sono esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a corse e gare motoristiche (e relative prove di allenamento).
- Azioni dolose: Sono esclusi gli infortuni causati da azioni dolose compiute direttamente dall'iscritto.
- Radiazioni e eventi nucleari: Sono escluse le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni da accelerazione artificiale di particelle o esposizione a radiazioni ionizzanti.
- Eventi bellici e catastrofici: Non sono operanti le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Nomenclatore

Presentazione

Con l'invio ad ogni iscritto della "Guida al Piano sanitario Fondo Coopersalute" intendiamo offrire un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo delle garanzie previste, in vigore dal 1° gennaio 2026.

All'interno della guida l'iscritto troverà l'indicazione delle modalità da seguire qualora abbia necessità di utilizzare il Piano.

Si prega di attenersi scrupolosamente a queste modalità così da poter assistere l'Iscritto con sollecitudine che ci è propria.

Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio e in modo semplice le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo Coopersalute, in modo da consentire agli Iscritti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale di Coopersalute. Coopersalute ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria ad Enti leader in questo campo, in grado di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione delle garanzie previste.

Coopersalute, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società UniSalute e dalla Mutua Insieme Salute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, studi medici, studi dentistici, ecc.) allo scopo di offrire le prestazioni sanitarie in tempi rapidi e facendo sì che l'Iscritto corrisponda alle strutture convenzionate con Coopersalute solo un parziale contributo per il costo della prestazione.

Il sistema delle strutture convenzionate è in grado di garantire ulteriormente forti sconti e agevolazioni agli Iscritti, anche per le prestazioni che non siano coperte dalle garanzie del Piano sanitario Coopersalute, come ad esempio per quanto riguarda le cure dentarie.

Le persone per cui è operante la copertura

Il Piano sanitario Coopersalute è prestato a favore dei dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato e con contratto di apprendistato delle imprese cooperative della distribuzione e di aziende che applicano il CCNL per i dipendenti da imprese della distribuzione cooperativa ed altri enti ed imprese debitamente autorizzati da Coopersalute.

Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

Per prima cosa, quando uno degli iscritti ha bisogno di interventi chirurgici, cure mediche, esami, trattamenti riabilitativi a seguito di infortunio o malattia, è opportuno contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800 016 647.

Gli iscritti dipendenti di Coop Lombardia e di Coop Liguria e tutti i dipendenti di imprese delle Regioni Lombardia e Liguria devono digitare successivamente il tasto 1 del telefono oppure il numero verde 800.916.848 per contattare la specifica Centrale Operativa.

È possibile, in alternativa al numero verde, prenotare alcune prestazioni tramite il sito www.coopersalute.it.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano sanitario.

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, ticket).

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

Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

- Qualora l'Iscritto, in caso di ricovero per intervento chirurgico, sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto;
- In caso di ricovero per intervento chirurgico, vi è la corresponsione, in alternativa alla richiesta di rimborso di altre spese previste dalle garanzie del Piano sanitario, di un'indennità sostitutiva giornaliera.

Per ottenere il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente a Coopersalute - Piazzale di Porta Pia, 116, 00198 Roma, la documentazione necessaria.

Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute

Coopersalute, tramite la Società UniSalute e Insieme Salute, ha predisposto per i propri iscritti un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato (elenco su www.coopersalute.it,sezione Strutture convenzionate).

L'Iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni vantaggi rilevanti:

- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari in cui vengono garantiti livelli di qualità e di efficienza, previo il pagamento da parte dell'iscritto di modeste somme, non rimborsabili;
- deve necessariamente utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite da Coopersalute, la Centrale Operativa contattabile mediante il numero verde gratuito 800 016 647. Gli iscritti dipendenti di Coop Lombardia, di Coop Liguria e tutti i dipendenti di imprese delle Regioni Lombardia e Liguria devono digitare successivamente il tasto 1 del telefono oppure il numero verde 800 916 848 per contattare la specifica Centrale Operativa.
- In alternativa alcune prestazioni possono essere richieste e prenotate tramite il sito www.coopersalute.it

In caso di ricovero per intervento chirurgico l'Iscritto 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 curante, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà Coopersalute, per il tramite di UniSalute e Insieme Salute, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi.

Coopersalute, per il tramite di UniSalute e Insieme Salute, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate e per le garanzie che prevedono l'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate.

In caso di prestazione extra ricovero, l'Iscritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Iscritto dovrà sostenere le spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

Per garantire la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, Coopersalute prevede anche la facoltà di avvalersi, per alcune prestazioni, di strutture sanitarie private non convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute.

Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni. All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spesa.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente a Coopersalute - Piazzale di Porta Pia, 116, 00198 Roma, la documentazione necessaria:

- il modulo di richiesta rimborso, scaricabile direttamente da www.coopersalute.it, sezione Richiesta di rimborso;
- una copia della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) in caso di ricovero per intervento chirurgico; Coopersalute qualora fosse necessario si riserva la possibilità di richiedere la copia della cartella clinica completa.
- la prescrizione in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante in caso di prestazioni extra ricovero;
- la documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti la quietanza.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Iscritto stesso avrà fornito.

L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti da Coopersalute e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato. Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni, cioè parti della spesa a suo carico (eventuali franchigie, minimi non indennizzabili, ecc.) che le singole garanzie possono prevedere.

Professione intramuraria

Se la prestazione avviene in un reparto a pagamento all'interno di un ospedale pubblico si parla di professione intramuraria e il costo rimane a carico dell'Iscritto. Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute liquiderà i sinistri con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato. Nei due casi valgono le norme appena esposte ad eccezione delle garanzie presenti ai punti 3, 5, 6.2 e l'ortodonzia per i figli fiscalmente a carico.

Servizi on-line riservati agli Iscritti

L'utilizzo di internet permette all'Iscritto di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni di rimborso e di aggiornamento dei dati.

Tutte le informazioni che riguardano il rapporto con Coopersalute, in relazione al Piano sanitario, sono disponibili on-line sul sito www.coopersalute.it, sezione Area Iscritti dove è possibile accedere ad una serie di funzionalità riservate:

- prenotare direttamente on-line presso le strutture convenzionate le visite o gli esami;
- caricamento on-line delle proprie richieste di rimborso;
- verificare lo stato di lavorazione dei sinistri inviati;
- consultare l'estratto conto on-line.

Come registrarsi nell'Area Iscritti del sito internet www.coopersalute.it

Collegarsi al sito www.coopersalute.it, cliccare nell'area "registrati" e compilare tutti i campi richiesti.

In caso di smarrimento delle credenziali di accesso, l'iscritto potrà richiederle direttamente dalla finestra di login inserendo la mail fornita al momento della registrazione.

Come accedere all'area riservata agli Iscritti (Login)

Per accedere all'Area Iscritti, è sufficiente collegarsi a www.coopersalute.it e cliccare sul tasto "Area Iscritti". Verranno richiesti il nome utente (USERNAME) e la password fornita, se già registrati; altrimenti procedete alla registrazione sul nostro sito www.coopersalute.it.

a) Come prenotare on-line le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate:

Eseguire il Login.

Questa funzione permette di prenotare on-line presso le strutture sanitarie convenzionate le prestazioni previste, non connesse ad un ricovero.

In caso di ricovero, è sempre necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa.

In base alle sue esigenze, l'Iscritto potrà:

- prenotare direttamente la prestazione seguendo le apposite istruzioni;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.

b) Come consultare l'estratto conto on-line e quindi lo stato dei sinistri:

Eseguire il Login.

L'estratto conto on-line è stato realizzato per fornire un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle richieste di rimborso.

Consultandolo, infatti, è possibile conoscere in ogni momento l'iter e l'esito di ogni sinistro, selezionando a piacimento le informazioni di interesse:

- quelle personali;
- quelle dell'anno passato per necessità fiscali;
- quelle in corso.

È inoltre possibile visualizzare lo stato dei sinistri:

- pagati;
- non liquidabili;
- in fase di lavorazione.

Inoltre, per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che Coopersalute, attraverso UniSalute e Insieme Salute rimborsa e quello rimasto a carico dell'Iscritto. Quest'ultimo rappresenta il valore che è possibile detrarre dalla dichiarazione dei redditi tra le spese mediche. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili. In questo modo l'Iscritto non dovrà aspettare che gli venga recapitato per posta l'estratto conto, e potrà evitare così possibili inconvenienti legati ai disguidi postali.

Per effetto del D.lgs. 175 del 2014 il Fondo sanitario Coopersalute invia alla Agenzia delle Entrate tutti gli estremi dei rimborsi (integrali o parziali) effettuati ai propri iscritti, al fine di predisporre il 730 pre-compilato, disponibile per ogni contribuente sul sito della Agenzia delle Entrate.

Nuovi servizi via SMS

Si potranno ottenere i seguenti messaggi di promemoria:

- conferma della data e dell'ora degli appuntamenti presso le strutture sanitarie convenzionate;
- indicazione circa la valutazione dei sinistri inviati a rimborso.

Le prestazioni del Piano sanitario

Il Piano sanitario di Coopersalute opera in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di entrata in copertura del singolo Iscritto (www.coopersalute.it, sezione Fondo Le normative Regolamento), per le seguenti prestazioni:

- Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio, intendendo per tali quelli elencati al successivo paragrafo 1.8.
- Prestazioni di diagnostica
- Visite specialistiche private
- Ticket per accertamenti diagnostici, visite specialistiche e Pronto Soccorso
- Gravidanza/maternità
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie particolari
- Protesi ortopediche
- Prevenzione odontoiatrica
- Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia
- Implantologia
- Disintossicazione da alcool e droghe
- Prevenzione
- Prestazioni a tariffe agevolate
- Servizi di consulenza

1. Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio (vedi elenco a paragrafo 1.8.)

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

a) **Pre-ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso.

b) **Intervento chirurgico**

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

c) **Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) **Retta di degenza**

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di euro 300,00 al giorno.

e) **Accompagnatore**

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute, la garanzia è prestata nel limite di euro 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di euro 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) **Post Ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 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.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente da Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute alle strutture stesse, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie e per la franchigia (euro 1.500,00) a carico dell'Iscritto prevista per alcune strutture.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a euro 2.000,00 per intervento, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Il rimborso avverrà nel limite di euro 8.000,00 per intervento.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

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

Coopersalute rimborsa le eventuali spese per ticket sanitari, al netto della eventuale "Quota ricetta" o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto.

1.1. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronaria 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 euro 1.500,00 per ricovero.

1.2. Colonscopia e Gastroscopia e Isteroscopia operativa a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di Colonscopia e Gastroscopia e Isteroscopia operative, Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. a) "Prericovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" con i relativi limiti in essi indicati.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di euro 1.000,00 per iscritto.

1.3. Protesi ortopediche

Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e/o l'applicazione di protesi ortopediche nel limite annuo di euro 1.000,00 per Iscritto.

1.4. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute rimborsa le spese previste ai punti 1 e 1.1 con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede 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.

1.5. Neonati - figli di Iscritti

Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite (anche quelli non compresi nell'elenco degli interventi di cui al paragrafo 1.8), comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di euro 10.000,00 per neonato.

1.6. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, relativa ad un intervento chirurgico di cui all'elenco al paragrafo 1.8, avrà diritto a un'indennità di euro 80,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 90 giorni per ricovero. Per l'attivazione della garanzia è necessario allegare il modulo per la richiesta di rimborso e la scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Coopersalute qualora fosse necessario si riserva la possibilità di richiedere la copia della cartella clinica completa.

1.7. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

La disponibilità annua per la presente garanzia è di Euro 100.000,00 per Iscritto. 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 per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo.

Non potranno quindi essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

1.8. Elenco interventi chirurgici

NEUROCHIRURGIA
• Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
• Interventi di cranioplastica
• Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
• Asportazione tumori dell'orbita
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
• Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
• Interventi sul plesso brachiale
• Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
CHIRURGIA GENERALE
• Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi
• Nodulectomia mammaria
• Interventi di ernioplastica
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare
• Intervento di enucleazione del globo oculare
OTORINOLARINGOIATRIA
• Asportazione di tumori maligni del cavo orale
• Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)

- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Plastica del pavimento oro-antrale

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale/parziale con e senza svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Paratiroidectomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o lobare
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Angioplastica con eventuali stent
- Trattamento degli aneurismi dell'aorta torace-addominale con posizionamento di endoprotesi

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale con o senza linfoadenectomia
- Resezione dell'intestino tenue

- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Interventi di amputazione del retto-ano secondo Miles
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Colectomie, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi chirurgici sul retto-sigma per patologie oncologiche maligne per via laparoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

UROLOGIA

- Nefroureterectomia
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale con e senza linfoadenectomia
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Exeresi di adenomi della prostata mediante laser verde e osmio per via uretrale*

GINECOLOGIA

- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale/parziale per tumori vaginali con o senza linfoadenectomia
- Chirurgia dell'utero ed annessi uterini per via addominale, vaginale laparoscopica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale

- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di anca

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Sintesi di frattura delle ossa del massiccio facciale
- Ricostruzione con lembo di ferite del volto

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti
- Midollo osseo



2. Prestazioni di diagnostica

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni eseguite indipendentemente dal ricovero, **in presenza di prescrizione medica indicante la patologia presunta o accertata per la quale la prestazione viene richiesta**. Tali prestazioni possono essere effettuate nelle strutture convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute (www.coopersalute.it, sezione Strutture convenzionate).

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx di apparato osteo articolare
- Mammografia mono e bilaterale
- M.O.C. Mineralogia Ossea Computerizzata
- Ortopanoramica

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (CON CONTRASTO)

- Angiografie tutte (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia/doppio contrasto

- Cistouretrografia minzionale
- Clisma opaco era doppio contrasto
- Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino/stomaco con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Ureteroscopia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

- **Ecografie:** tutte

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

- Ecocolordoppler cardiaco
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

- Tutte, con e senza mezzo di contrasto

RISONANZA MAGNETICA (RM)

- Tutte, con e senza mezzo di contrasto

PET

- Tutte, con e senza mezzo di contrasto

SCINTIGRAFIE

- Tutte, con e senza mezzo di contrasto

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- Elettromiografia
- Holter cardiaco
- Elettrocardiogramma di base (ECG)
- Elettroencefalogramma (EEG) tutti
- Elettroretinogramma
- Holter pressorio
- Phmetria esofagea e gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Topografia corneale

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE DIAGNOSTICHE (BIOPSIE)

- Mapping vescicale

VARIE

- Biopsie tutte
- Esame istologico (*)
- Emogasanalisi arteriosa
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE
• Cistoscopia diagnostica
• Uretroscopia
• Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (C.P.R.E.)
• Esofagogastroduodenoscopia
• Rettosigmoidoscopia diagnostica
• Tracheobroncoscopia diagnostica
• Colonscopia con e senza biopsia con e senza esame istologico
• Gastroscopía con e senza biopsia con e senza esame istologico
• Colonscopia virtuale del tenue e del grosso intestinale
• Isteroscopia con e senza biopsia e con e senza esame istologico (*)

(*) In vigore dal 01/01/2026.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente da Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute alle strutture, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di euro 30,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura al momento della fruizione della prestazione.

L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 50% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di euro 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Per ottenere il rimborso da parte di Coopersalute, è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata La disponibilità annua per la presente garanzia è di euro 6.000,00 per Iscritto.

3. Visite specialistiche private

Coopersalute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche private conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche ed ortodontiche, delle visite omeopatiche, delle visite psichiatriche e psicologiche, delle visite dietologiche, delle visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale.

Rientrano in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia e una prima visita dietologica (solo se effettuata da medico laureato in medicina e chirurgia con specializzazione in dietologia o scienze dell'alimentazione, ad esclusione del dietista).

Tali visite possono essere effettuate una sola volta per l'intera copertura assicurativa.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante, pena il diniego del rimborso.

Coopersalute rimborsa tutte le visite mediche specialistiche private, che potranno essere effettuate in qualsiasi struttura e da personale medico di propria fiducia, senza dover richiedere alcuna autorizzazione.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di euro 30,00 per ogni visita specialistica con un rimborso massimo di euro 90,00. Per il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di euro 600,00 per Iscritto

4. Ticket per accertamenti diagnostici, visite specialistiche e Pronto Soccorso

Coopersalute provvede al rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici, visite specialistiche e Pronto Soccorso effettuati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, al netto della eventuale "Quota ricetta".

Per il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia del ticket, ad accezione del pronto soccorso, la copia della richiesta del medico curante o specialistica, contenente la patologia presunta od accertata, che ha reso necessaria la prestazione.

Sono rimborsati i ticket per analisi del sangue effettuati per controllo, screening, accertamenti e prevenzione.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di euro 1.000,00 per Iscritto.

5. Gravidanza/Maternità

Coopersalute provvede al rimborso delle spese per le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza.

Sono inoltre comprese al massimo n.2 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.4 per gravidanza a rischio) che potranno essere effettuate in qualsiasi struttura e da personale medico di propria fiducia.

Sono altresì ricomprese l'amnioscopia, l'amniocentesi e la villocentesi. Queste vengono previste solamente se l'Iscritta ha un'età superiore ai 35 anni oppure se esiste già una malformazione famigliare (per famiglia si intendono parenti di 1° grado).

Per il rimborso è necessario allegare sempre il certificato di gravidanza.

Le prestazioni possono essere eseguite da qualsiasi medico specialista, sia privatamente che tramite servizio sanitario nazionale.

La disponibilità per la presente garanzia è di euro 700,00 per singolo evento.

- In occasione del parto, e previa presentazione della relativa scheda di dimissione ospedaliera (SDO) Coopersalute corrisponderà un'indennità di euro 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico. Coopersalute qualora fosse necessario si riserva la possibilità di richiedere la copia della cartella clinica completa.

6. Trattamenti fisioterapici

6.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico curante e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la presenza di un certificato di Pronto Soccorso e deve essere eseguita entro un anno dalla data del rilascio.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente ed integralmente da Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute alle strutture. L'Iscritto deve contattare la Centrale Operativa per l'invio della documentazione richiesta e successivamente dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di euro 100,00 per ogni fattura. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia, come all'inizio del paragrafo indicato, e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

Coopersalute rimborsa i ticket sanitari, al netto della eventuale "Quota ricetta". Per il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia del ticket, copia della richiesta del medico curante contenente la patologia, come indicato all'inizio del paragrafo, e copia del certificato di Pronto Soccorso.

La disponibilità annua per la garanzia di cui al punto 6.1 "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio" è di euro 700,00

6.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie particolari

Coopersalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di una delle patologie particolari sotto-specificate sempreché siano prescritti da medico curante o medico specialista e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie particolari:

- Ictus cerebrale
- Infarto
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
- Sclerosi Multipla
- Morbo di Parkinson

- Demenza senile in stato avanzato (Alzheimer)
- Trattamenti post operatori per Tunnel carpale
- Ernie discali o protrusioni (*)
- Epicondilite mediale (*)

(*) In vigore dal 01/01/2026.

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

Per il rimborso è necessario l'invio della fattura con indicazione del numero di sedute, del tipo di fisioterapia e dell'importo unitario per seduta, accompagnata da copia della ricetta medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata per tutte le patologie particolari, ad eccezione delle ernie discali o protrusioni e dell'epicondilite mediale, per i quali è richiesta anche la copia del referto della risonanza magnetica (RM) o TAC effettuata nei sei mesi antecedenti la richiesta di rimborso.

- **Nel caso di utilizzo di strutture private**

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di euro 100,00 per fattura.

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

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati al netto della eventuale "Quota ricetta".

La disponibilità annua per la garanzia di cui al punto 6.2 "Trattamenti fisioterapici a seguito di patologie particolari", è di euro 500,00 per Iscritto.

7. Prestazioni di odontoiatria

7.1. Prevenzione odontoiatrica

In deroga a quanto previsto al paragrafo 12 "Casi di non operatività del Piano" al punto c), Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno.

Le prestazioni sottoindicate, che costituiscono la prevenzione, devono essere effettuate in un'unica soluzione nelle sole strutture convenzionate tramite prenotazione.

- 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.
- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Coopersalute, tramite UniSalute e Insieme Salute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

7.2. Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia

Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative. In aggiunta a quanto previsto al punto precedente "Prevenzione odontoiatrica", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione di protesi o alle prestazioni ortodontiche.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente ed integralmente da Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute alle strutture sanitarie senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Le prestazioni che non dovessero rientrare nel limite di spesa annuo di cui al paragrafo 7.3, ma che sono comprese nel Piano di cure verranno comunque erogate alle tariffe convenzionate.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute rimborsa le spese sostenute senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Per il rimborso è necessario che l'scritto invii la copia fattura dell'odontoiatra.

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

Inviando la documentazione Coopersalute rimborsa i ticket sanitari, al netto della eventuale "Quota ricetta", nel limite di spesa previsto.

7.3. Il limite di spesa annuo

La disponibilità annua per il complesso delle prestazioni suindicate al punto 7.2 "Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia" corrisponde a euro 200,00 per Iscritto.

7.4. Implantologia

Le prestazioni e il contributo a carico di Coopersalute sono garantite nella sola rete convenzionata, previa prenotazione tramite il numero verde 800 016 647.

Gli iscritti dipendenti di Coop Lombardia e di Coop Liguria e tutti i dipendenti di imprese delle regioni Lombardia e Liguria devono digitare successivamente il tasto 1 del telefono oppure il numero verde 800 916 848

Le prestazioni previste nel medesimo piano di cura sono:

- euro 750,00 per un minimo di due impianti
- euro 1.000,00 per tre o più impianti

Comprendente: il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento provvisorio e l'elemento definitivo.

8. Disintossicazione da alcool e droghe

Coopersalute provvede al rimborso delle spese per la partecipazione ai programmi di disintossicazione dall'uso di droghe e dall'abuso di alcool, effettuati presso strutture sanitarie pubbliche (i Sert-Servizi per le tossicodipendenze delle Aziende Usl) o enti ausiliari del privato sociale (comunità terapeutiche).

Ai fini dell'attivazione della garanzia, è necessaria l'invio della copia della prescrizione del medico curante.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di euro 500,00 per Iscritto.

9. Prevenzione (in vigore dal 01/02/2026)

Prevenzione malattie cardiovascolari ed oncologiche 1 volta all'anno ogni 2 anni

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- VES
- Emoglobina glicata
- Colesterolo LDL
- **Urine:** esame chimico, fisico e microscopico
- ECG (refertato)

Prevenzione oncologica colon

- **Feci:** Ricerca del sangue occulto

Prevenzione oncologica cute

Una sola volta per tutti visita dermatologica con mappatura dei nevi (Prima Visita).

Prevenzione oncologica prostata

Per gli uomini dai 45 anni in poi visita urologica e antigene prostatico specifico (PSA) ogni 2 anni

Prevenzione oncologica utero

Per le donne con più di 25 anni fino a 45 anni Pap-test / HPV-DNA test e visita ginecologica con ecografia transvaginale ogni 5 anni

Per le donne con più di 45 anni Pap-test / HPV-DNA test e visita ginecologica con ecografia transvaginale ogni 2 anni

Prevenzione oncologica seno

Per le donne con più di 25 anni e fino a 40 anni, una sola volta, visita senologica (Prima Visita)
Per le donne con più di 40 anni e fino a 45 anni visita senologica e Eco mammaria ogni 2 anni
Prevenzione malattie respiratorie
Per i soli fumatori da 60 anni in poi TAC a basso dosaggio (LDCT) ogni anno*



10. Figli minori fiscalmente a carico)

Coopersalute provvede al rimborso delle prestazioni presenti al punto 10.4 per i figli minori fiscalmente a carico

10.1. Chi può accedere

La copertura è destinata ai figli minorenni fiscalmente a carico dell'iscritto. Se entrambi i genitori sono iscritti, uno solo potrà presentare la richiesta.

10.2. Come attivare la copertura

L'attivazione avviene tramite l'Area iscritti sul sito www.coopersalute.it a decorrere dal 01/02/2026, con:

- Inserimento dei dati anagrafici e fiscali del figlio
- Caricamento della documentazione fiscale (CUD o 730) in corso di validità

La conferma o eventuali richieste di integrazione arriveranno via e-mail.

10.3. Durata della copertura

La garanzia è legata alla copertura attiva del genitore e resta valida fino al compimento dei 18 anni o alla perdita dello status di "a carico".

10.4. Le prestazioni garantite

LENTI DA VISTA

Coopersalute provvede al rimborso delle lenti da vista per figli minorenni ed in possesso dei requisiti presenti al punto 10.1, previo controllo della documentazione richiesta al punto 10.2.

Per il rimborso è necessario inviare il modulo di denuncia e privacy, la fattura intestata al/alla figlio/a e copia della prescrizione del medico oculista attestante le diottrie sferiche e/o cilindriche mancanti.

Non saranno accettate le prescrizioni emesse da ottici e ortottici.

La disponibilità per la presente garanzia è di euro 90,00 ogni 18 mesi.

ORTODONZIA

Coopersalute provvede al rimborso delle prestazioni di ortodonzia per i figli minorenni ed in possesso dei requisiti presenti al punto 10.1, previo controllo della documentazione richiesta al punto 10.2.

Per il rimborso è necessario inviare il modulo di denuncia e privacy, la fattura intestata al/alla figlio/a con il dettaglio della prestazione effettuata e il solo referto dell'ortopanoramica.

La disponibilità per la presente garanzia è di euro 250,00 ogni 24 mesi.

11. Prestazioni a tariffe agevolate

Qualora per una prestazione appartenente alle garanzie descritte non sia attivabile la copertura (per esaurimento del massimale o importo della prestazione inferiore alla franchigia) e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere alla Centrale Operativa l'invio di una comunicazione alle strutture convenzionate per l'applicazione di tariffe agevolate e scontate rispetto al tariffario normalmente previsto.

12. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800 016 647 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il numero telefonico +390516389046.

Gli iscritti dipendenti di Coop Lombardia e di Coop Liguria e tutti i dipendenti di imprese delle Regioni Lombardia e Liguria devono contattare il numero verde 800 916 848 per contattare la specifica Centrale Operativa.

Dall'estero occorre comporre il numero telefonico +390237011128.

a) **Informazioni sanitarie telefoniche**

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

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

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano sanitario nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute.

c) **Pareri medici**

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

Casi di non operatività del Piano

Il Piano sanitario non è operante per:

a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario fatto salvo quanto previsto al paragrafo 1.5 "Neonati - figli di Iscritti";

b) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

c) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo quanto previsto al paragrafo 7.1 "Prevenzione odontoiatrica" e 7.2 "Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia");

d) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);

e) i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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;

f) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

g) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni salvo quanto previsto al par. 8 "Disintossicazione da alcool e droghe";

h) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;

i) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;

j) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Alcuni chiarimenti importanti

Estensione territoriale

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

I rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

Alla sede di Coopersalute, Piazzale di Porta Pia 116, 00198 Roma, deve essere inviata tutta la documentazione di spesa (fatture, ricevute, ticket, cartelle cliniche) in fotocopia, insieme al modulo di rimborso (che si trova all'interno della presente Guida o si può scaricare da www.coopersalute.it, sezione Richiesta di rimborso), debitamente compilato con l'indicazione del codice IBAN per provvedere al rimborso.

Si ricorda che, in assenza dell'indicazione del codice IBAN, i tempi di liquidazione possono essere più lunghi.

Nel caso di richieste di rimborso non indennizzabili, la documentazione di spesa, nel caso in cui sia stata inviata in originale, viene restituita da Coopersalute all'Iscritto, contestualmente alla relativa comunicazione.

Coopersalute può, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, Coopersalute ne darà immediatamente comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate per Coopersalute attraverso UniSalute e Insieme Salute

La documentazione di spesa per le prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate, tramite prenotazione con la Centrale Operativa o tramite il sito www.coopersalute.it - Prenota subito, viene consegnata direttamente dalla struttura all'Iscritto e non deve essere inviata a Coopersalute, in quanto la quota a carico dell'Iscritto non è rimborsabile (vedi paragrafo 2 "Prestazioni di Alta Specializzazione").

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Farmacie Private

FASIFAR



FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
Farmacie Private
FASIFAR

Istituito nel 2022, il FASIFAR (Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i dipendenti da Farmacie Private) nasce in attuazione di quanto stabilito dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (C.C.N.L.) di settore, con l'obiettivo di offrire un concreto pilastro di tutela e welfare per tutti i professionisti del comparto.

La costituzione del Fondo è il frutto della proficua collaborazione tra le principali parti sociali del settore: da un lato Federfarma, in rappresentanza dei datori di lavoro, e dall'altro le organizzazioni sindacali dei lavoratori Filcams-CGIL, Fisascat-CISL e UILTuCS. Registrato regolarmente presso l'Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero della Salute, il FASIFAR ha natura giuridica di associazione non riconosciuta senza scopo di lucro.

La missione centrale del Fondo è quella di affiancare e integrare le tutele del Servizio Sanitario Nazionale, erogando un pacchetto completo e modulato di prestazioni sanitarie volto a proteggere la salute, la prevenzione e il benessere degli iscritti durante l'intera vita lavorativa.

L'accesso alle tutele garantite dal Fondo è ampio e inclusivo: hanno infatti diritto all'iscrizione e all'usufruire di tutte le prestazioni previste tutti i lavoratori dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato a cui si applica il C.C.N.L. delle Farmacie Private, comprendendo espressamente sia la categoria dei Quadri sia quella degli Apprendisti

Piano sanitario copertura integrativa ad EMAPI per dipendenti iscritti ad ENPAF-EMAPI

CCNL Previsti

- CCNL Farmacie private (sottoscritto da Federfarma, Filcams-CGIL, Fisascat-CISL e UILTuCS)

Personale interessato:

- Lavoratori a tempo indeterminato (full-time e part-time) che abbiano superato il relativo periodo di prova iscritti ad EMAPI tramite l'ENPAF
- Apprendisti iscritti ad EMAPI tramite l'ENPAF
- Quadri iscritti ad EMAPI tramite l'ENPAF

Contribuzione

Pari a **13,00 euro** al mese per lavoratore a carico del datore di lavoro

Operatività

A secondo rischio (ad integrazione di EMAPI): interventi chirurgici, gravi eventi morbosi e alta specializzazione.

A primo rischio: visite specialistiche e accertamenti diagnostici, fisioterapia, pacchetto maternità, presidi ortopedici e acustici, prevenzione, prevenzione odontoiatrica, cure dentarie da infortunio, implantologia, avulsione, interventi odontoiatrici extra ricovero, monitor salute, lenti e occhiali, SiSereno, Nutrirsisalute

Contatti utili: Numero verde Unisalute 800.009936 (dall'estero +39 351.63.89.046) | App Unisalute Up.

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Ricovero per grandi interventi Gravi eventi morbosi	Indiretta (secondo rischio rispetto ad EMAPI)	Nessuno	€ 100,00 al giorno per un massimo di 180 giorni per anno associativo.	Operante a secondo rischio ad integrazione della copertura EMAPI (richiede documentazione di liquidazione EMAPI)
Alta specializzazione (Alta diagnostica, endoscopia, terapie)	Indiretta (secondo rischio rispetto ad EMAPI)	Rimborso fisso di € 20,00 a titolo di integrazione della franchigia EMAPI	Disponibilità annua: € 10.000,00 per iscritto	Comprende esami ad alta diagnostica (TAC, RMN, PET, ecc.), endoscopie (colonscopia, gastroscopia) e terapie (chemioterapia, radioterapia, dialisi)
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Diretta SSN	Quota a carico € 15,00 per visita specialistica SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 2.000,00 per iscritto	Escluse le prestazioni odontoiatriche e ortodontiche. Inclusa prima visita psichiatrica. Richiesta prescrizione medica con quesito diagnostico.
Trattamenti fisioterapici riabilitativi	Diretta SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto	A seguito di infortunio (con certificato di Pronto Soccorso) o per patologie/interventi specifici (es. ictus, infarto, ernia del disco, protesi d'anca/ginocchio)
Pacchetto maternità	Diretta Indiretta (in base alla prestazione)	Nessuno	Disponibilità annua: € 1.500,00 per iscritto	Include ecografie, amniocentesi, analisi del sangue, visite ginecologiche/ostetriche, indennità di ricovero per parto (€ 70/giorno max 15 gg) e supporto psicologico post-aborto
Protesi ortopediche e acustiche	Indiretta	Scoperto 25% (Minimo non indennizzabile€ 50,00 per fattura/persona)	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto	Per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.
Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)	Diretta	Nessuno	1 volta all'anno (in un'unica soluzione).	Pacchetti di prevenzione cardiovascolare e oncologica (esami ematochimici, ECG, PSA per uomini ≥45 anni, visita ginecologica e Pap-Test per donne ≥35 anni, senologia per donne ≥40 anni, dermatologia ogni 2 anni).
Servizio monitor salute	Diretta Indiretta SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 300,00 dedicati a visite ed esami per la patologia cronica.	Riservato agli iscritti con età ≥ 50 anni affetti da diabete, ipertensione o BPCO, con telemonitoraggio e dispositivi forniti da SiSalute.
Prestazioni odontoiatriche particolari	Diretta	Pagamento del 25% a carico dell'iscritto (il Fondo copre il 75%)	Fruibile una volta l'anno	Include ablazione del tartaro con ultrasuoni ed eventuale visita di controllo.
Cure dentarie da infortunio	Diretta SSN	Scoperto 15% in convenzionata SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 2.000,00 per iscritto	Per trattamenti odontoiatrici e ortodontici a seguito di infortunio certificato da verbale di Pronto Soccorso e radiografie
Implantologia dentale	Diretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 3.100,00 per iscritto • Sottolimite 1 impianto: € 500,00 • Sottolimite 2 impianti: € 1.300,00	Copre impianti osteointegrati, corone fisse, elemento provvisorio e perno moncone. Necessarie radiografie pregresse.
Avulsione denti (per implantologia)	Diretta	Nessuno	Fino a 4 denti l'anno	Copertura per l'estrazione di denti resa necessaria dall'esecuzione di una prestazione di implantologia.
Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero	Diretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 2.700,00 per iscritto	Per patologie specifiche (adamantinoma, cisti radicolari/follicolari, odontoma, ascesso con strumento endodontico, rimozione impianto dislocato nel seno mascellare).

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Lenti e occhiali	Indiretta (Dal 01/05/2026)	Franchigia € 50,00 per fattura/persona	Disponibilità biennio: € 80,00 per iscritto	Rimborsa lenti correttive (da vista o a contatto) e montatura. Richiesta prescrizione dell'oculista o certificazione dell'ottico optometrista
SiSereno (Screening psicologico online)	Diretta (Dal 01/06/2026)	Nessuno per le sedute incluse	Fino a 5 sedute l'anno	Videoconsulti con psicologi/psicoterapeuti iscritti all'Albo. Le sedute successive sono a carico dell'iscritto a tariffa agevolata (circa € 50/seduta)
Nutrirsisalute (Screening nutrizione)	Diretta (Dal 01/06/2026)	Nessuno per il pacchetto incluso	1 pacchetto biennale	Include: 1 pacchetto di esami ematici, 1 primo videoconsulto per il piano alimentare e 1 videoconsulto di controllo con un nutrizionista.

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Difetti fisici o malformazioni preesistenti: Cure e/o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del piano sanitario.
- Malattie mentali e disturbi psichici: La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.
- Cure odontoiatriche generali: Protesi dentarie, cura delle parodontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici, salvo quanto espressamente previsto nella sezione dedicata alle prestazioni odontoiatriche.
- Finalità estetiche: Prestazioni mediche con finalità estetiche, ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del piano.
- Ricoveri inappropriati: Ricoveri e day hospital per cure o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere eseguiti anche in regime ambulatoriale.
- Infertilità e fecondazione artificiale: Accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale.
- Assistenza di terzi e lunga degenza: Ricoveri causati dalla necessità di assistenza da parte di terzi per gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri di lunga degenza a carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Protesi ortopediche: Interventi per la sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.
- Abuso di alcol, psicofarmaci o stupefacenti: Trattamento delle malattie e infortuni conseguenti all'abuso di alcol, psicofarmaci o all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni.
- Sport estremi e pericolosi: Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi (quali sport aerei, motoristici, automobilistici, free-climbing, rafting, alpinismo estremo) e relative gare o allenamenti.
- Azioni dolose o colpose gravi: Infortuni causati da azioni dolose dell'iscritto, conseguenze di tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse con dolo o colpa grave.
- Fattori nucleari e radiazioni: Conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, accelerazione artificiale di particelle ed esposizione a radiazioni ionizzanti.
- Eventi catastrofici ed emergenze ambientali: Conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, tempeste, trombe d'aria, tsunami, valanghe, ecc.

- Medicina non ufficiale e sperimentale: Prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, cure a carattere sperimentale e medicinali biologici.
- Terapie mediche e pandemie: Tutte le terapie mediche e le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Nomenclatore

1. Benvenuto

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

I servizi online offerti da UniSalute

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

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno** e sono disponibili anche in versione mobile per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 3** della presente Guida.

2. Come utilizzare le prestazioni del piano sanitario

2.1. Se scegli una struttura convenzionata con Unisalute

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

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata. **In caso di importi a carico dell'Iscritto, dovranno essere versati dall'Iscritto stesso alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione**;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

2.2. Se scegli una struttura non convenzionata con Unisalute

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

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

Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

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

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

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

- in caso di **prestazioni extra ricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- eventuale **altra documentazione** richiesta alle singole coperture;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.
- Copia di **adeguata documentazione di liquidazione di EMAPI** ove richiesta;

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

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

2.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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

Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.**

3. Servizi online e mobile

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

3.1. Il sito di Unisalute

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

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

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

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

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

Nella home page del sito www.unisalute.it 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.

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

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

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

In base alle tue esigenze puoi:

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



Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di prenotazione veloce!

3.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

3.1.4. Come faccio a richiedere il rimborso di una prestazione?

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

Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.**

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.7. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

3.2. L'app di Unisalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

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

3.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

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

UniSalute PER TE

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

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

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

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

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

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

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.
Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

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

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

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

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

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

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

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

Integra la documentazione mancante

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

4. Le persone per cui è operante la copertura

Il Piano sanitario è prestato a favore di tutti i lavoratori dipendenti di farmacie private assunti a tempo indeterminato con contratto a tempo pieno o a tempo parziale iscritti ad EMAPI attraverso la copertura prevista per i farmacisti iscritti all'ENPAF, che abbiano superato il periodo di prova.

5. Le prestazioni del piano sanitario

Il Piano sanitario è operante:

- **a secondo rischio** rispetto alla copertura di EMAPI – "Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani" e ad integrazione dei plafond previsti dal tariffario dell'Ente, in caso di malattia e in caso di infortunio;
- **a primo rischio** in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto;

per le spese sostenute dall'Iscritto per:

Secondo rischio:

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico o grave evento morboso (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1 "Elenco grandi interventi chirurgici" e 2 "Elenco gravi eventi morbosi"), copertura operante a secondo rischio;
- prestazioni di alta specializzazione, copertura operante a secondo rischio;

Primo rischio:

- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;

- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di un elenco specifico di patologie e interventi chirurgici;
- pacchetto maternità;
- protesi ortopediche e acustiche;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- servizio Monitor Salute;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni di implantologia;
- avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia);
- lenti e occhiali;
- servizio Si Sereno;
- nutrirsisalute;
- prestazioni a tariffe agevolate Unisalute;
- servizi di consulenza.



5.1. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o grave evento morboso (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1 “elenco grandi interventi chirurgici” e 2 “elenco gravi eventi morbosi”)

La presente copertura è operante a secondo rischio. Qualora un ricovero sia già stato preventivamente liquidato dalla copertura di EMAPI, la presente copertura opera ad integrazione di quanto in essa previsto (purché venga prodotta adeguata documentazione di liquidazione di EMAPI).

5.1.1. Indennità giornaliera

In caso di ricovero in istituto di cura, l’Iscritto avrà diritto a un’indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 180 per anno associativo.

La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata purché tale ricovero sia stato preventivamente liquidato da EMAPI (e purché venga prodotta adeguata documentazione di liquidazione di EMAPI).



5.2. Alta specializzazione

La presente copertura è operante a secondo rischio.

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del Piano”, Unisalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta Diagnostica:

- Amniocentesi, Villocentesi e analoghi test prenatali non invasivi (erogabile solo alle gestanti con età superiore ai 35 anni oppure in caso di sospetta malformazione del feto)
- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cateterismo cardiaco
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia
- Dacriocistografia
- Discografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolordoppler
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettroscopi
- Endoscopia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia

- Holter
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Moc
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Elettromiografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia a Emissione di Positroni (PET)

Endoscopia sia diagnostica che operativa:

- Colonscopia
- Gastroscopia
- Rettoscopia

Terapie:

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Le spese per le prestazioni previste nel presente punto e previste dal tariffario di EMAPI verranno rimborsate nella misura di € 20,00 per accertamento o ciclo di terapia, ad integrazione della franchigia non liquidata dall'Ente e restata a carico dell'Iscritto, nel caso in cui l'Iscritto abbia richiesto ed ottenuto la prestazione da EMAPI (purché venga prodotta adeguata documentazione di liquidazione di EMAPI).

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per persona.

5.3. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

UniSalute provvede al pagamento delle spese per **visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**

Fermo restando quanto sopra, altresì inclusa una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

In caso di tickets sanitari, non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

- Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di una **franchigia di € 15,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.**
- Nel caso in cui l'Iscritto fosse **domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**, previo contatto con la Centrale Operativa, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una **franchigia di € 15,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.**
- Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per persona.

5.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di un elenco specifico di patologie e interventi chirurgici

UniSalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.**

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi d'anca

- Protesi ginocchio
- Patologie polmonari

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

- Nel caso di utilizzo di s**trutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**
- Nel caso in cui l'Iscritto fosse **domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**, previo contatto con la Centrale Operativa, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate s**enza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**
- Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute **rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico** dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.

5.5. Pacchetto maternità

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

In gravidanza:

- Ecografie di controllo, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con Unisalute;
- Amniocentesi, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con Unisalute;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con Unisalute;
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Iscritta, sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati con Unisalute;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di **15** sedute per evento. La copertura potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con Unisalute.

Durante il ricovero per parto:

- Corresponsione di un'indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **15** giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

Dopo il parto:

- Viene garantita una visita ginecologica di controllo.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per persona.

5.6. Protesi ortopediche e acustiche

Unisalute rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con l'applicazione di uno scoperto del **25%** con un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per fattura/persona.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.

5.7. Prestazioni diagnostiche particolari

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

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

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
Prestazioni previste, per gli uomini e per le donne, una volta l'anno
• Esame emocromocitometrico completo
• Velocità di eritrosedimentazione (VES)
• Glicemia
• Azotemia (Urea)
• Creatininemia
• Colesterolo Totale e colesterolo HDL
• Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
• Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
• Esame delle urine
• Elettrocardiogramma di base
• Trigliceridi
• Gamma GT
• PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
• PT (Tempo di protrombina)
PREVENZIONE ONCOLOGICA
Prestazioni previste una volta l'anno
• **per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni**
• **per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni**

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni

- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica

per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni

- Visita ginecologica
- PAP-Test

Prevenzione senologica

La copertura per i dipendenti avrà effetto dal 10/05/2026.

Prestazioni previste una volta l'anno

Per le donne di età uguale o superiore ai 40 anni

- Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria

Prevenzione dermatologica

La copertura per i dipendenti avrà effetto dal 10/05/2026.

Prestazione prevista, per gli uomini e per le donne, una volta ogni due anni

- Visita specialistica dermatologica + epiluminescenza

5.8. Servizio monitor salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) **rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni**.

Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Iscritto seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà:

- inviare documentazione medica attestante la patologia cronica;
- sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali;
- sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Iscritto al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Iscritto.

Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Iscritto avrà inoltre a disposizione un limite di spesa aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato al punto "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800244262.

La presente copertura è prestata per l'intera annualità associativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

5.8.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati al punto "Servizio Monitor Salute", Unisalute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sotto indicate.

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

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute,** le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

- **Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute, previo contatto con la Centrale Operativa,** potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- **Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale,** Unisalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per persona.

5.9. Prestazioni odontoiatriche particolari

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

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

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

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

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 25% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con Unisalute al momento dell'emissione della fattura.

5.10. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del Piano", Unisalute liquida all'Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.
- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime con l'applicazione di uno

scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

- **Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per persona.



5.11. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del Piano", Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

Viene previsto un limite di spesa di € 3.100,00 per prestazioni di implantologia dentale in un anno associativo.

5.11.1. Applicazione di tre o più impianti

La copertura opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 3 o più impianti.

La presente copertura viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Unisalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

5.11.2. Applicazione di due impianti

Viene previsto un sottolimite di spesa annuo di € 1.300,00 nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 2 impianti.

La presente copertura viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Unisalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

Qualora, nel corso della medesima annualità associativa, dopo aver attivato la copertura prevista al punto "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimite di spesa di **€ 800,00** previsto in questa copertura, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

5.11.3. Applicazione di un impianto

Viene previsto un sottolimite di spesa annuo di € 500,00 nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi all'impianto.

La presente copertura viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Unisalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successive alla riabilitazione implantoprotesica.

5.12. Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia)

La copertura opera nel caso di avulsione **fino ad un massimo di 4 denti l'anno.**

Si specifica che:

- **le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con Unisalute;**
- le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;
- Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

5.13. Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", **UniSalute** liquida le spese sostenute per gli **interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale** anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi **conseguenti alle seguenti patologie**:

- **adamantinoma;**
- **ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;**
- **cisti follicolari;**

- **cisti radicolari;**
- **odontoma;**
- **rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare.**

Si specifica che:

- **le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con UniSalute;**
- **le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**

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 sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione consiste in:

- **radiografie e referti radiologici per rimozione d'impianto dislocato nel seno mascellare e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare, rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;**
- **radiografie, referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.**

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.700,00 per persona.

5.14. Lenti e occhiali

UniSalute rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, **inclusa la montatura**, nel **limite di € 80,00 per persona ogni due anni**.

UniSalute provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una **franchigia di € 50,00 per fattura/persona**.

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

La copertura "lenti e occhiali" per i dipendenti avrà effetto in forma rimborsuale dal 01/05/2026.

5.15. Servizio si sereno-Screening psicologico online

A far data dal 01/06/2026 l'Iscritto avrà la possibilità di effettuare **da remoto un percorso psicologico online** tramite canale video con psicologi e psicoterapeuti regolarmente **iscritti all'Albo.**

La garanzia comprende sino a **n. 5 sedute** all'anno per Iscritto**.**

Le eventuali sedute successive saranno a carico dell'Iscritto e verranno erogate a tariffa convenzionata, per un costo medio di **€ 50,00** a seduta.

Per l'attivazione del percorso, l'Iscritto dovrà utilizzare **il link presente nella propria area riservata** sul sito www.unisalute.it; compilando il questionario avrà la possibilità, tramite SiSalute, di scegliere il professionista e prenotare i videoconsulti.

Il Servizio SiSereno è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute S.r.l., società di servizi, controllata da Unisalute S.p.A., che gestisce servizi sanitari integrativi.

5.16. Nutrirsisalute-Screening di nutrizione

A far data dal 01/06/2026 l'Iscritto può effettuare uno **screening di nutrizione che prevede esami ematici e Videoconsulto** con un nutrizionista regolarmente iscritto all'**Albo professionale** di riferimento.

La garanzia prevede nell'arco del biennio assicurativo per il Titolare.

- n. 1 (uno) pacchetto di esami ematici;
- n. 1 (uno) Videoconsulto con un nutrizionista per la redazione del Piano alimentare
- n. 1 (uno) Videoconsulto, successivo al primo, per una visita di controllo. Il costo di eventuali ulteriori Videoconsulti è a carico dell'Iscritto, che può prenotarli ed effettuarli a tariffa agevolata utilizzando le strutture convenzionate con SiSalute.

Gli esami ematici inclusi nella presente garanzia sono elencati di seguito e devono essere effettuati in un'unica soluzione presso una Struttura sanitaria convenzionata con UniSalute a seguito di prenotazione.

Esami ematici inclusi:

- Alanina aminotransferasi (alt/gpt) /transaminasi (s)
- Ast (got) - aspartato aminotransferasi
- Trigliceridi
- Colesterolo totale
- Hdl
- Ldl
- Glicemia
- Emocromo

Per l'attivazione del percorso, l'Iscritto dovrà utilizzare **il link presente nella propria area riservata** sul sito www.unisalute.it; dopo aver compilato un apposito questionario, l'Iscritto ha la possibilità di prenotare gli esami ematici previsti dalla copertura, scegliere il professionista e prenotare i Videoconsulti da effettuare con strutture convenzionate con SiSalute.
La garanzia si intende riconosciuta indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

5.17. Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Iscritto e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

5.18. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800-009936** dal lunedì al venerdì **dalle 8.30 alle 19.30**.

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

a) **Informazioni sanitarie telefoniche**

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

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

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

c) **Pareri medici immediati**

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

6. Casi di non operatività del piano

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto alla sezione "prestazioni odontoiatriche";
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
14. 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;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
16. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
17. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
18. tutte le terapie mediche;
19. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni odontoiatriche il Piano sanitario 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 Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

7. Alcuni chiarimenti importanti

7.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dal **01/05/2026** al **01/01/2028**, salvo proroghe o rinnovi.

7.2. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.

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

7.3. Limiti di età

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

7.4. Gestione dei documenti di spesa

A. **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**

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

B. **Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

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

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

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

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

7.6. Foro competente

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

7.7. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it oppure per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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

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

a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;

b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;

d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;

e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

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

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

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

7.8. Diritto all'oblio oncologico

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Oblio Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 anni (5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.

Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.

Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

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

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

7.10. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. **Informazioni generali**

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

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

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

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

2. **Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 340,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 150,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2025, è pari ad € 156,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 39,1 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 342,8 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2025, pari a 2,19 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 8,77 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

8. Allegato 1 – Elenco grandi interventi chirurgici

- **Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.** Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in copertura quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi gli interventi di chirurgia plastica, effettuati dagli Iscritti, necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e delle loro eventuali successive sostituzioni.
- **Interventi per trapianti di organo:**
- tutti.
- **Interventi ortopedici per:**
- impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;
- amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;

- disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;
- disarticolazione dell'anca;
- amputazione addomino-pelvica;
- reimpianto di arti staccati.
- **Interventi di neurochirurgia per:**
- craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale, evacuazione di ascesso intracerebrale;
- intervento per epilessia focale e callosotomia;
- intervento per encefalomeningocele;
- derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
- endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- cardiotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- neurotomia retrogasseriana;
- interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meielemeningocele, ecc.);
- vagotomia per via toracica;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- plastica per paralisi del nervo facciale;
- intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- trapianto di nervo;
- artrodesi vertebrale.
- **Interventi chirurgici (cardiochirurgia e cardiologia interventistica) al cuore per:**
- tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- tutti gli interventi a cuore chiuso;
- impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

- **Interventi di chirurgia vascolare per:**
- aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- stenosi ad ostruzione arteriosa;
- disostruzione by-pass aorta addominale;
- trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- by pass aortocoronarico.
- **Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:**
- gravi e vaste mutilazioni del viso;
- plastica per paralisi del nervo facciale;
- riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- anchilosi temporo-mandibolare.
- **Interventi di chirurgia generale per:**
- diverticolosi esofagea;
- occlusioni intestinali con o senza resezione;
- gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- echinococcosi epatica e/o polmonare;
- cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
- pancreatite acuta;
- broncoscopia operativa;
- resezione epatica;
- epatico e coledocotomia;
- interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
- laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- intervento per mega-esofago;
- resezione gastrica totale;
- resezione gastro-digiunale;
- intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- interventi di amputazione del retto-ano;

- interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- drenaggio di ascesso epatico;
- interventi chirurgici per ipertensione portale;
- interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparatomica;
- papillotomia per via transduodenale;
- intervento di asportazione della milza;
- resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.
- **Interventi di chirurgia urogenitale per:**
- fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- intervento per estrofia della vescica;
- metroplastica;
- nefroureterectomia radicale;
- surrenalectomia;
- interventi di cistectomia totale;
- interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- cistoprostatovescicolectomia;
- leocisto plastica;
- colecisto plastica;
- intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- **Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:**
- dontocheratoprotesi;
- timpanoplastica;
- chirurgia endoauricolare della vertigine;
- chirurgia translabirintica della vertigine;
- trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc);
- chirurgica della sordità otosclerotica;
- ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi eventi finalità estetica);
- reimpianto orecchio amputato;
- ricostruzione dell'orecchio medio;
- incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

- **Interventi di chirurgia toracica per:**
- pneumectomia totale o parziale;
- lobectomia polmonare;
- intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- interventi per fistole bronchiali;
- interventi per echinococcosi polmonare;
- resezione segmentale del polmone;
- dissezione radicale delle strutture toraciche;
- trapianto di midollo osseo.

9. Allegato 2– Elenco gravi eventi morbosi

A. **Infarto miocardico acuto.**

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

a. dispnea;

b. edemi declivi;

c. aritmia;

d. angina instabile;

e. edema o stasi polmonare;

f. ipossiemia.

C. **Neoplasia maligna.**

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

a. ulcere torbide;

b. decubiti;

c. neuropatie;

d. vasculopatie periferiche;

e. **infezioni urogenitali o sovrinfezioni.**

E. **Politraumatismi gravi** che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 60 giorni.

F. **Stato di coma.**

G. **Ustioni di terzo grado** con estensione pari almeno al 20% del corpo.

H. **Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.**

I.	**Tetraplegia.**
J.	**Sclerosi multipla.**
K.	**Sclerosi laterale amiotrofica.**
L.	**Alzheimer.**
M.	**Morbo di Parkinson caratterizzato da:**
a.	riduzione attività motoria;
b.	mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

10. Scheda anamnestica odontoiatrica

Gentile Cliente,

affinché Unisalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche di cui si appresta a richiedere il rimborso, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la scheda anamnestica odontoiatrica **indicante le patologie e le pregresse riabilitazioni, rilevate PRIMA dell'erogazione delle terapie, durante le fasi diagnostiche pre trattamento.**

Tale scheda è stata suddivisa in due tabelle per rendere più agevole e uniforme la raccolta dei dati relativi allo stato di salute del suo cavo orale, **precedente alle prestazioni** odontoiatriche effettuate.

La documentazione compilata andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

Il Sottoscritto/a		
Nato a	il	Codice Fiscale I__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Residente a	Prov	CAP
Via/Piazza	N°	N° tel.

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

Si prega di barrare con una X gli elementi interessati

Codice	Descrizione	Indicare gli elementi interessati															
X	ELEMENTO MANCANTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
O	OTTURAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
D	DEVITALIZZAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
IN	INTARSIO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RIC	RICOSTRUZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
W	CORONA PROTESICA SINGOLA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
F	FIXTURE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RF	ELEMENTO DI PROTESI FISSA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PM	ELEMENTO DI PROTESI MOBILE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
P	PERNO MONCONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
S	ELEMENTO DI SCHELETRATO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
C	CARIE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RA	RESIDUO RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RF	FRATTURA CORONALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Codice	Descrizione	Indicare gli elementi interessati															
ENV	ELEMENTO NON VITALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EDP	ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EMP	ELEMENTO DI MOBILITA' GRADO +	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM1	ELEMENTO DI MOBILITA' GRADO 1	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM2	ELEMENTO DI MOBILITA' GRADO 2	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM3	ELEMENTO DI MOBILITA' GRADO 3	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGMI	RECESSIONE GENGIVE CLASSE MILLER I	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGMII	RECESSIONE GENGIVE CLASSE MILLER II	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
COR	CISTI (ODONTOGENA O RADICOLARE)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DOA	DIFETTO OSSEO ANGOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ERI	ELEMENTO RITENUTO OD INCLUSO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FR	FRATTURA RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CCI	CURA CANARE INCONGRUA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
GP	GRANULOMA PERIAPICALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

TABELLA 2 – Patologie del cavo orale

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

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

Codice	Descrizione	Indicare se presente
MLCI	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I	
MLCII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II	
TP	TPRUS PALATINO	
TM	TORUS MANDIBOLARE	
FT	FRENULO TECTOLABILE	
E	EPULIDE (GRANULOMA A CELLULE GIGANTI)	
L	LEUCOPLACHIA	
ESLT	ERITOPLACCHE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI	
APMO	ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI	
FRE	FRENULO	
RCGMIII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III	
RCGMIV	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV	
ROO	RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE	

ATTENZIONE: nella scheda anamnestica vanno segnate le preesistenze (carie, elementi assenti, corone, otturazioni, fratture, ecc.) E NON le cure effettuate.
ATTENZIONE: La scheda anamnestica va compilata per l'intero cavo orale, non soltanto per il distretto oggetto di cure.

Note: _____

_____

_____

Firma dell'odontoiatra *Data*

_____ _____

Piano sanitario copertura a primo rischio per i dipendenti non iscritti ad ENPAF-EMAPI

CCNL Previsti

- CCNL Farmacie private (sottoscritto da Federfarma, Filcams-CGIL, Fisascat-CISL e UILTuCS)

Personale interessato:

- Lavoratori a tempo indeterminato (full-time e part-time) che abbiano superato il relativo periodo di prova non iscritti ad EMAPI tramite l'ENPAF
- Apprendisti non iscritti ad EMAPI tramite l'ENPAF
- Quadri non iscritti ad EMAPI tramite l'ENPAF

Contribuzione

Pari a **13,00 euro** al mese per lavoratore a carico del datore di lavoro

Operatività

Ricovero per grande intervento chirurgico, alta specializzazione, visite specialistiche accertamenti diagnostici, fisioterapia, pacchetto maternità, presidi ortopedici e acustici, cure oncologiche, prevenzione, prevenzione odontoiatrica, cure dentarie da infortunio, implantologia, avulsione, interventi odontoiatrici extra ricovero, monitor salute, lenti e occhiali, SiSereno, Nutrirsisalute

Contatti utili: Numero verde Unisalute 800.009936 (dall'estero +39 351.63.89.046) | App Unisalute Up.

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Ricovero per grandi interventi Gravi eventi morbosi	Diretta SSN	Nessuno	Massimale annuo area ricovero: € 100.000,00	Comprende pre-ricovero (100 gg prima), intervento (inclusi onorari e endoprotesi), degenza, post-ricovero (100 gg dopo) e trapianti. Se ricovero totale a carico SSN, spetta l'indennità sostitutiva di € 100,00 al giorno (max 90 giorni)
Trasporto Sanitario (Post-intervento)	Indiretta (Rimborso)	Nessuno	Massimale di € 1.000,00 per ricovero	Ambulanza, unità coronarica mobile, aereo sanitario per ricovero, trasferimento o rientro.
Alta specializzazione (Alta diagnostica, endoscopia, terapie)	Diretta SSN	Quota a carico di € 35,00 per accertamento/ciclo in struttura convenzionata Franchigia di € 5,00 per ciascun ticket SSN.	Disponibilità annua: € 10.000,00 per iscritto	Comprende alta diagnostica radiologica, RMN, TAC, PET, scintigrafie, endoscopie diagnostiche/operative e terapie (chemioterapia, dialisi, radioterapia). Richiesta prescrizione con quesito diagnostico.
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	Diretta SSN	Quota a carico € 15,00 per visita specialistica SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 2.000,00 per iscritto	Escluse le prestazioni odontoiatriche e ortodontiche. Inclusa prima visita psichiatrica. Richiesta prescrizione medica con quesito diagnostico.
Trattamenti fisioterapici riabilitativi	Diretta SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto	A seguito di infortunio (con certificato di Pronto Soccorso) o per patologie/interventi specifici (es. ictus, infarto, ernia del disco, protesi d'anca/ginocchio)

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Pacchetto maternità	Diretta Indiretta (in base alla prestazione)	Nessuno	Disponibilità annua: € 1.500,00 per iscritto	Include ecografie, amniocentesi, analisi del sangue, visite ginecologiche/ostetriche, indennità di ricovero per parto (€ 70/giorno max 15 gg) e supporto psicologico post-aborto
Protesi ortopediche e acustiche	Indiretta	Scoperto 25% (Minimo non indennizzabile€ 50,00 per fattura/persona)	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto	Per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.
Cure oncologiche	Diretta Indiretta SSN	Nessuna (rimborso al 75% per la forma indiretta)	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Specifico per chemioterapia e radioterapia extra ricovero, incluse visite, accertamenti diagnostici e terapie farmacologiche correlate
Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)	Diretta	Nessuno	1 volta all'anno (in un'unica soluzione).	Pacchetti di prevenzione cardiovascolare e oncologica (esami ematochimici, ECG, PSA per uomini ≥45 anni, visita ginecologica e Pap-Test per donne ≥35 anni, senologia per donne ≥40 anni, dermatologia ogni 2 anni).
Servizio monitor salute	Diretta Indiretta SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 300,00 dedicati a visite ed esami per la patologia cronica.	Riservato agli iscritti con età ≥ 50 anni affetti da diabete, ipertensione o BPCO, con telemonitoraggio e dispositivi forniti da SiSalute.
Prestazioni odontoiatriche particolari	Diretta	Pagamento del 25% a carico dell'iscritto (il Fondo copre il 75%)	Fruibile una volta l'anno	Include ablazione del tartaro con ultrasuoni ed eventuale visita di controllo.
Cure dentarie da infortunio	Diretta SSN	Scoperto 15% in convenzionata SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 2.000,00 per iscritto	Per trattamenti odontoiatrici e ortodontici a seguito di infortunio certificato da verbale di Pronto Soccorso e radiografie
Implantologia dentale	Diretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 3.100,00 per iscritto • Sottolimite 1 impianto: € 500,00 • Sottolimite 2 impianti: € 1.300,00	Copre impianti osteointegrati, corone fisse, elemento provvisorio e perno moncone. Necessarie radiografie pregresse.
Avulsione denti (per implantologia)	Diretta	Nessuno	Fino a 4 denti l'anno	Copertura per l'estrazione di denti resa necessaria dall'esecuzione di una prestazione di implantologia.
Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero	Diretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 2.700,00 per iscritto	Per patologie specifiche (adamantinoma, cisti radicolari/follicolari, odontoma, ascesso con strumento endodontico, rimozione impianto dislocato nel seno mascellare).
Lenti e occhiali	Indiretta (Dal 01/05/2026)	Franchigia € 50,00 per fattura/persona	Disponibilità biennio: € 80,00 per iscritto	Rimborsa lenti correttive (da vista o a contatto) e montatura. Richiesta prescrizione dell'oculista o certificazione dell'ottico optometrista
SiSereno (Screening psicologico online)	Diretta (Dal 01/06/2026)	Nessuno per le sedute incluse	Fino a 5 sedute l'anno	Videoconsulti con psicologi/psicoterapeuti iscritti all'Albo. Le sedute successive sono a carico dell'iscritto a tariffa agevolata (circa € 50/seduta)
Nutrirsisalute (Screening nutrizione)	Diretta (Dal 01/06/2026)	Nessuno per il pacchetto incluso	1 pacchetto biennale	Include: 1 pacchetto di esami ematici, 1 primo videoconsulto per il piano alimentare e 1 videoconsulto di controllo con un nutrizionista.

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Difetti fisici o malformazioni preesistenti: Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del piano sanitario.
- Malattie mentali e disturbi psichici: La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.
- Cure odontoiatriche generali: Le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto espressamente previsto nella sezione dedicata alle prestazioni odontoiatriche.
- Finalità estetiche: Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, ad eccezione degli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del piano.
- Ricoveri per cure ambulatoriali: I ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuate cure o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere eseguiti anche in regime ambulatoriale.
- Infertilità e fecondazione artificiale: Gli accertamenti per l'infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale.
- Assistenza di terzi e lunga degenza: I ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto di avere assistenza da terzi per gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri di lunga degenza a carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Protesi ortopediche: Gli interventi per la sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.
- Abuso di alcol, psicofarmaci o stupefacenti: Il trattamento delle malattie e degli infortuni conseguenti all'abuso di alcol e psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni.
- Sport estremi e pericolosi: Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi (quali sport aerei, motoristici, automobilistici, free-climbing, rafting e alpinismo estremo) e la partecipazione alle relative gare e prove di allenamento.
- Azioni dolose e colpose gravi: Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto, nonché le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse con dolo o colpa grave.
- Fattori nucleari e radiazioni: 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.
- Eventi catastrofici ed emergenze: Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, trombe d'aria, uragani, mareggiate, tsunami e valanghe.
- Medicina non ufficiale: Le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici.
- Terapie mediche e pandemie: Tutte le terapie mediche e le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Nomenclatore

1. Benvenuto

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

I servizi online offerti da UniSalute

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

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno** e sono disponibili anche in versione mobile per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 3** della presente Guida.

2. Come utilizzare le prestazioni del piano sanitario

2.1. Se scegli una struttura convenzionata con Unisalute

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

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata. **In caso di importi a carico dell'Iscritto, dovranno essere versati dall'Iscritto stesso alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione**;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

2.2. Se scegli una struttura non convenzionata con Unisalute

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

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

Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

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

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

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

- in caso di **prestazioni extra ricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- eventuale **altra documentazione** richiesta alle singole coperture;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

2.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.**

3. Servizi online e mobile

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

3.1. Il sito di Unisalute

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

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

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

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

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

Nella home page del sito www.unisalute.it 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.

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

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

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

In base alle tue esigenze puoi:

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

Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di prenotazione veloce!

3.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

3.1.4. Come faccio a richiedere il rimborso di una prestazione?

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

Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.**

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

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

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

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.
Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

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

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

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

3.1.7. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

3.2. L'app di Unisalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

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

3.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

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

UniSalute PER TE

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

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

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

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

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

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

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.
Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

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

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

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

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

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

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

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

Integra la documentazione mancante

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

4. Le persone per cui è operante la copertura

Il Piano sanitario è prestato a favore di tutti i lavoratori dipendenti di farmacie private assunti a tempo indeterminato con contratto a tempo pieno o a tempo parziale, che abbiano superato il periodo di prova.

5. Le prestazioni del piano sanitario

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

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1 "Elenco grandi interventi chirurgici");
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di un elenco specifico di patologie e interventi chirurgici;

- pacchetto maternità;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure oncologiche;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- servizio Monitor Salute
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure dentarie da infortunio;
- prestazioni di implantologia;
- avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia);
- lenti e occhiali;
- servizio Si Sereno;
- nutrirsisalute;
- prestazioni a tariffe agevolate Unisalute;
- servizi di consulenza

5.1. Ricovero in istituto cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1 "Elenco grandi interventi chirurgici")

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

a) **Pre-ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **100** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) **Intervento chirurgico**

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi. Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate da Unisalute con il massimo di **€ 2.500,00** per ricovero.

c) **Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) **Rette di degenza**

Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 200,00** al giorno.

e) **Accompagnatore**

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con Unisalute, la copertura è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

f) **Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

g) **Post ricovero**

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **100** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

5.1.1. Trasporto sanitario

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

5.1.2. Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, Unisalute liquida le spese previste ai punti "Ricovero in istituto cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1 "Elenco grandi interventi chirurgici")" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la copertura 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.

5.1.3. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, Unisalute rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 1.500,00** per anno Iscrittivo e per persona.

5.1.4. Modalità di erogazione delle prestazioni

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

- punto "Ricovero in istituto cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1 "Elenco grandi interventi chirurgici")":
- lett. a) "Pre ricovero";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
- punto "Trasporto sanitario";
- punto "Rimpatrio della salma"

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

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute

Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute, previo contatto con la Centrale Operativa, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con Unisalute. In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Iscritto con uno scoperto del **20%**, con il minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** ad eccezione delle seguenti:

- punto "Ricovero in istituto cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1 "Elenco grandi interventi chirurgici")":
- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
- punto "Trasporto sanitario";
- punto "Rimpatrio della salma";

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

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

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

5.1.5. Indennità giornaliera

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a Unisalute, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

5.1.6. Limite di spesa annuo dell'area ricovero

Il limite di spesa per anno associativo per il complesso delle coperture suindicate corrisponde a **€ 100.000,00** per persona.

5.2. Alta specializzazione

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del Piano", Unisalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica
• Angiografia
• Artrografia
• Broncografia
• Cistografia
• Cistouretrografia
• Clisma opaco
• Colangiografia percutanea (PTC)
• Colangiografia trans Kehr
• Colecistografia
• Dacriocistografia/Dacriocistotac
• Defecografia
• Fistolografia
• Flebografia
• Fluorangiografia
• Galattografia
• Isterosalpingografia
• Mielografia
• Retinografia
• Rx esofago con mezzo di contrasto
• Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
• Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
• Scialografia
• Splenoportografia

• Urografia
• Vesciculodeferentografia
• Videoangiografia
• Wirsunggrafia
Accertamenti
• Ecocardiografia
• Elettroencefalogramma
• Elettromiografia
• Mammografia o Mammografia Digitale
• PET
• Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
• Scintigrafia
• Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
Endoscopia sia diagnostica che operativa:
• Colonscopia
• Gastroscopia
• Rettoscopia
Terapie
• Chemioterapia
• Cobaltoterapia
• Dialisi
• Radioterapia

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

In caso di tickets sanitari, non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.
- **Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute, previo contatto con la Centrale Operativa**, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

- **Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate**, Unisalute rimborsa i ticket sanitari con l'applicazione di una franchigia di **€ 5,00** per ciascun ticket del quale viene chiesto il rimborso.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per persona.



5.3. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

UniSalute provvede al pagamento delle spese per **visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**

Fermo restando quanto sopra, altresì inclusa una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

In caso di tickets sanitari, non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

- Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di una **franchigia di € 15,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.**
- Nel caso in cui l'Iscritto fosse **domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**, previo contatto con la Centrale Operativa, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una **franchigia di € 15,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.**
- Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per persona.



5.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di un elenco specifico di patologie e interventi chirurgici

UniSalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.**

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus

- Infarto
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi d'anca
- Protesi ginocchio
- Patologie polmonari

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

- Nel caso di utilizzo di s**trutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**
- Nel caso in cui l'Iscritto fosse **domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**, previo contatto con la Centrale Operativa, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate s**enza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**
- Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute **rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico** dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.

5.5. Pacchetto maternità

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

In gravidanza:

- Ecografie di controllo, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con Unisalute;
- Amniocentesi, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con Unisalute;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con Unisalute;
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Iscritta, sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati con Unisalute;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di **15** sedute per evento. La copertura potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con Unisalute.

Durante il ricovero per parto:

- Corresponsione di un'indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **15** giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

Dopo il parto:

- Viene garantita una visita ginecologica di controllo.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per persona.



5.6. Protesi ortopediche e acustiche

Unisalute rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con l'applicazione di uno scoperto del **25%** con un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per fattura/persona.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.



5.7. Cure oncologiche

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del Piano" Unisalute, nei casi di malattie oncologiche, liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day hospital), con limite di spesa autonomo.

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

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- **Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con Unisalute**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%.
- **Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, Unisalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per persona.



5.8. Prestazioni diagnostiche particolari

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

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

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Prestazioni previste, per gli uomini e per le donne, una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

PREVENZIONE ONCOLOGICA

Prestazioni previste una volta l'anno

- **per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni**
- **per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni**
- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)

• PT (Tempo di protrombina)
per gli uomini di età uguale o superiore ai 45 anni
• PSA (Specifico antigene prostatico)
• Ecografia prostatica
per le donne di età uguale o superiore ai 35 anni
• Visita ginecologica
• PAP-Test
Prevenzione senologica
La copertura per i dipendenti avrà effetto dal 10/05/2026.
Prestazioni previste una volta l'anno
Per le donne di età uguale o superiore ai 40 anni
• Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria
Prevenzione dermatologica
La copertura per i dipendenti avrà effetto dal 10/05/2026.
Prestazione prevista, per gli uomini e per le donne, una volta ogni due anni
• Visita specialistica dermatologica + epiluminescenza

5.9. Servizio monitor salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) **rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni**.

Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Iscritto seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà:

- inviare documentazione medica attestante la patologia cronica;
- sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali;
- sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Iscritto al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Iscritto.

Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Iscritto avrà inoltre a disposizione un limite di spesa aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato al punto "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800244262.

La presente copertura è prestata per l'intera annualità associativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

5.9.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati al punto "Servizio Monitor Salute", Unisalute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sotto indicate.

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

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute,** le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- **Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute, previo contatto con la Centrale Operativa,** potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- **Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale,** Unisalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per persona.

5.10. Prestazioni odontoiatriche particolari

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

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico riscontri, in accordo con Unisalute, **la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno associativo, Unisalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione**, con le modalità di seguito indicate, analogamente

a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a Unisalute.

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

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 25% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con Unisalute al momento dell'emissione della fattura.



5.11. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del Piano", Unisalute liquida all'Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.
- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.
- **Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per persona.



5.12. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del Piano", Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

Viene previsto un limite di spesa di € 3.100,00 per prestazioni di implantologia dentale in un anno associativo.

5.12.1. Applicazione di tre o più impianti

La copertura opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 3 o più impianti.

La presente copertura viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Unisalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

5.12.2. Applicazione di due impianti

Viene previsto un sottolimite di spesa annuo di € 1.300,00 nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 2 impianti.

La presente copertura viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Unisalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

Qualora, nel corso della medesima annualità associativa, dopo aver attivato la copertura prevista al punto "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimite di spesa di **€ 800,00** previsto in questa copertura, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

5.12.3. Applicazione di un impianto

Viene previsto un sottolimite di spesa annuo di € 500,00 nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi all'impianto.

La presente copertura viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Unisalute.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successive alla riabilitazione implantoprotesica.

5.13. Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia)

La copertura opera nel caso di avulsione **fino ad un massimo di 4 denti l'anno.**

Si specifica che:

- **le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con Unisalute;**
- le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;
- Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

5.14. Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione", **UniSalute** liquida le spese sostenute per gli **interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale** anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi **conseguenti alle seguenti patologie**:

- **adamantinoma;**
- **ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;**
- **cisti follicolari;**
- **cisti radicolari;**
- **odontoma;**
- **rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare.**

Si specifica che:

- **le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con UniSalute;**
- **le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**

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 sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione consiste in:

- **radiografie e referti radiologici per rimozione d'impianto dislocato nel seno mascellare e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare, rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;**

- **radiografie, referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.**

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.700,00 per persona.



5.15. Lenti e occhiali

UniSalute rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, **inclusa la montatura**, nel **limite di € 80,00 per persona ogni due anni**.

UniSalute provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di una **franchigia di € 50,00 per fattura/persona**.

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

La copertura "lenti e occhiali" per i dipendenti avrà effetto in forma rimborsuale dal 01/05/2026.



5.16. Servizio si sereno-Screening psicologico online

A far data dal 01/06/2026 l'Iscritto avrà la possibilità di effettuare **da remoto un percorso psicologico online** tramite canale video con psicologi e psicoterapeuti regolarmente **iscritti all'Albo.**

La garanzia comprende sino a **n. 5 sedute** all'anno per Iscritto**.**

Le eventuali sedute successive saranno a carico dell'Iscritto e verranno erogate a tariffa convenzionata, per un costo medio di **€ 50,00** a seduta.

Per l'attivazione del percorso, l'Iscritto dovrà utilizzare **il link presente nella propria area riservata** sul sito www.unisalute.it; compilando il questionario avrà la possibilità, tramite SiSalute, di scegliere il professionista e prenotare i videoconsulti.

Il Servizio SiSereno è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute S.r.l., società di servizi, controllata da Unisalute S.p.A., che gestisce servizi sanitari integrativi.



5.17. Nutrirsisalute-Screening di nutrizione

A far data dal 01/06/2026 l'Iscritto può effettuare uno **screening di nutrizione che prevede esami ematici e Videoconsulto** con un nutrizionista regolarmente iscritto all'**Albo professionale** di riferimento.

La garanzia prevede nell'arco del biennio assicurativo per il Titolare.

- n. 1 (uno) pacchetto di esami ematici;
- n. 1 (uno) Videoconsulto con un nutrizionista per la redazione del Piano alimentare
- n. 1 (uno) Videoconsulto, successivo al primo, per una visita di controllo. Il costo di eventuali ulteriori Videoconsulti è a carico dell'Iscritto, che può prenotarli ed effettuarli a tariffa agevolata utilizzando le strutture convenzionate con SiSalute.

Gli esami ematici inclusi nella presente garanzia sono elencati di seguito e devono essere effettuati in un'unica soluzione presso una Struttura sanitaria convenzionata con UniSalute a seguito di prenotazione.

Esami ematici inclusi:

- Alanina aminotransferasi (alt/gpt) /transaminasi (s)
- Ast (got) - aspartato aminotransferasi
- Trigliceridi

- Colesterolo totale
- Hdl
- Ldl
- Glicemia
- Emocromo

Per l'attivazione del percorso, l'Iscritto dovrà utilizzare **il link presente nella propria area riservata** sul sito www.unisalute.it; dopo aver compilato un apposito questionario, l'Iscritto ha la possibilità di prenotare gli esami ematici previsti dalla copertura, scegliere il professionista e prenotare i Videoconsulti da effettuare con strutture convenzionate con SiSalute.
La garanzia si intende riconosciuta indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

5.18. Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Iscritto e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

5.19. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800-009936** dal lunedì al venerdì **dalle 8.30 alle 19.30**.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

d) **Informazioni sanitarie telefoniche**

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

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

e) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

f) **Pareri medici immediati**

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

6. Casi di non operatività del piano

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

Il Piano sanitario non è operante per:

20. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario.
21. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
22. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto alla sezione "prestazioni odontoiatriche";

23. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
24. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
25. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
26. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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.
27. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
28. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
29. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
30. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
31. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
32. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
33. 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;
34. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
35. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
36. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
37. tutte le terapie mediche;
38. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni odontoiatriche il Piano sanitario 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 Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

7. Alcuni chiarimenti importanti

7.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dal **01/05/2026** al **01/01/2028**, salvo proroghe o rinnovi.

7.2. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.

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

7.3. Limiti di età

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

7.4. Gestione dei documenti di spesa

C. **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**

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

D. **Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

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

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

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

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

7.6. Foro competente

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

7.7. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it oppure per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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

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

f) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;

g) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

h) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;

i) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;

j) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

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

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

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

7.8. Diritto all'oblio oncologico

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Oblio Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 anni (5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.

Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.

Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.
Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

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

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria

posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

7.10. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. **Informazioni generali**

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

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

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

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

2. **Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 340,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 150,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2025, è pari ad € 156,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 39,1 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 342,8 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2025, pari a 2,19 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 8,77 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

8. Allegato 1 – Elenco grandi interventi chirurgici

NEUROCHIRURGIA
• Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
• Interventi di cranioplastica
• Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
• Asportazione tumori dell'orbita
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
• Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
• Interventi sul plesso brachiale
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare

- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

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
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale

- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

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)
• Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
• Correzione chirurgica di megauretere congenito
• Correzione chirurgica di megacolon congenito
TRAPIANTI DI ORGANO
• Tutti

9. Scheda anamnestica odontoiatrica

Gentile Cliente,

affinché Unisalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche di cui si appresta a richiedere il rimborso, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la scheda anamnestica odontoiatrica **indicante le patologie e le pregresse riabilitazioni, rilevate PRIMA dell'erogazione delle terapie, durante le fasi diagnostiche pre trattamento.**

Tale scheda è stata suddivisa in due tabelle per rendere più agevole e uniforme la raccolta dei dati relativi allo stato di salute del suo cavo orale, **precedente alle prestazioni** odontoiatriche effettuate.

La documentazione compilata andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

Il Sottoscritto/a		
Nato a	il	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Residente a	Prov	CAP
Via/Piazza	N°	N° tel.

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

Si prega di barrare con una X gli elementi interessati

Codice	Descrizione	Indicare gli elementi interessati															
X	ELEMENTO MANCANTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
O	OTTURAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
D	DEVITALIZZAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
IN	INTARSIO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RIC	RICOSTRUZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
W	CORONA PROTESICA SINGOLA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
F	FIXTURE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RF	ELEMENTO DI PROTESI FISSA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PM	ELEMENTO DI PROTESI MOBILE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
P	PERNO MONCONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
S	ELEMENTO DI SCHELETRATO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
C	CARIE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RA	RESIDUO RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RF	FRATTURA CORONALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Codice	Descrizione	Indicare gli elementi interessati															
ENV	ELEMENTO NON VITALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EDP	ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EMP	ELEMENTO DI MOBILITA' GRADO +	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM1	ELEMENTO DI MOBILITA' GRADO 1	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM2	ELEMENTO DI MOBILITA' GRADO 2	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM3	ELEMENTO DI MOBILITA' GRADO 3	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGMI	RECESSIONE GENGIVE CLASSE MILLER I	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGMII	RECESSIONE GENGIVE CLASSE MILLER II	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
COR	CISTI (ODONTOGENA O RADICOLARE)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DOA	DIFETTO OSSEO ANGOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ERI	ELEMENTO RITENUTO OD INCLUSO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FR	FRATTURA RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CCI	CURA CANARE INCONGRUA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
GP	GRANULOMA PERIAPICALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

TABELLA 2 – Patologie del cavo orale

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

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

Codice	Descrizione	Indicare se presente
MLCI	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I	
MLCII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II	
TP	TPRUS PALATINO	
TM	TORUS MANDIBOLARE	
FT	FRENULO TECTOLABILE	
E	EPULIDE (GRANULOMA A CELLULE GIGANTI)	
L	LEUCOPLACHIA	
ESLT	ERITOPLACCHE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI	
APMO	ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI	
FRE	FRENULO	
RCGMIII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III	
RCGMIV	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV	
ROO	RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE	

ATTENZIONE: nella scheda anamnestica vanno segnate le preesistenze (carie, elementi assenti, corone, otturazioni, fratture, ecc.) E NON le cure effettuate.
ATTENZIONE: La scheda anamnestica va compilata per l'intero cavo orale, non soltanto per il distretto oggetto di cure.

Note:

_____

_____

_____

Firma dell'odontoiatra *Data*

_____ _____



MEDICAL

FASIV

Numero Verde : 800 885 785

A DISPOSIZIONE TUTTI I CANALI: SITO INTERNET E CENTRALE OPERATIVA TELEFONICA

I SERVIZI ONLINE SONO ATTIVI 24 ORE SU 24, 7 GIORNI SU 7

CONOSCI F.A.S.I.V.
FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA VIGILANZA



VISITE PRENATALI



TICKET PER GRAVI INTERVENTI NEI PRIMI 5 ANNI DI VITA DI FIGLI DI LAVORATORI ISCRITTI AL FASIV



TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO



ESTESA LA COPERTURA AI SERVIZI FIDUCIARI



GARANZIE UNISALUTE

PARTI COSTITUENTI

ANIVP · ASSIV · UNIV · AGCI Associazione Generale Cooperative Italiane · CONFCOOPERATIVE Federlavoro e Servizi · legacoop Produzione & Servizi · CGIL FILCAMS · CISL FISASCAT · UILTuCS

Istituito nel 2008, il Fondo FASIV nasce in piena attuazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Vigilanza Privata e dei Servizi di Sicurezza (già servizi fiduciari), configurandosi come un punto di riferimento fondamentale per la tutela e il benessere di tutti i lavoratori del settore.

Questa solida realtà di welfare paritetico è frutto dell'impegno congiunto delle principali organizzazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori maggiormente rappresentativi della categoria — nello specifico ANIVP, ASSIV, UNIV, AGCI, Confcooperative, Legacoop Produzione & Servizi, Filcams-CGIL, Fisascat-CISL e Uiltucs-UIL. La forte sinergia tra le parti sociali garantisce una gestione trasparente, vicina alle reali esigenze di chi opera quotidianamente in questo comparto.

Missione principale del Fondo è quella di affiancare e integrare le tutele del Servizio Sanitario Nazionale, garantendo agli iscritti un'ampia gamma di prestazioni sanitarie d'eccellenza. Per assicurare efficienza e rapidità, i servizi vengono erogati direttamente dal Fondo o per il tramite di un partner d'eccezione come UniSalute.

La copertura è pensata per offrire una protezione concreta e inclusiva: il diritto alle prestazioni è infatti rivolto a tutti i lavoratori assunti a tempo indeterminato, agli apprendisti e ai dipendenti con contratto a tempo determinato di durata pari o superiore ai 6 mesi, abbracciando sia il personale della Vigilanza Armata sia quello impiegato nei Servizi di Sicurezza.

CCNL previsti

- CCNL Vigilanza Privata e Servizi di Sicurezza (sottoscritto da ANIVP, ASSIV, UNIV, AGCI, CONFCOOPERATIVE, LEGACOOP Produzione e Servizi, FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL, UILTUCS-UIL)

Personale interessato:

- Lavoratori a tempo indeterminato del settore.
- Lavoratori a tempo determinato con un contratto di durata pari o superiore a 6 mesi.
- Apprendisti inquadrati nei settori della Vigilanza Armata e dei Servizi di Sicurezza (servizi fiduciari).
- **Esclusi**: Quadri e lavoratori intermittenti o a chiamata

Contribuzione

- **€ 10,00 dipendenti full-time** sia della vigilanza armata che dei servizi di sicurezza a carico azienda
- **€ 7,00 dipendenti part-time** sia della vigilanza armata che dei servizi di sicurezza a carico azienda

Operatività

Ticket sanitari, accertamenti prenatali, trattamenti fisioterapici per infortunio e per patologia, cure e protesi odontoiatriche, terapie conservative e ortodonzia, lenti da vista, indennità da ricovero per intervento chirurgico, inabilità per grave evento morboso, ricovero per grandi interventi, diagnostica di immagine: radiologia tradizionale, visite specialistiche, cure dentarie da infortunio, implantologia, prestazioni odontoiatriche particolari, prevenzione

Per il coniuge: Accertamenti prenatali

Per i figli: Dentista per i figli dai 6 ai 14 anni

Contatti utili: numero verde UniSalute 800 885785

Ufficio Rimborsi 06.42016819 – 06.42016755 tasto 1 alla voce guida - rimborsi@fasiv.it

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Ticket sanitari	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fasiv)	Nessuno	Disponibilità annua: € 300 per Ticket Pronto Soccorso. € 1.000 per Ticket Analisi di laboratorio. € 1.000 per Ticket Diagnostica e Terapie. € 1.000 per Ticket Visite specialistiche.	Esclusi i quesiti diagnostici di controllo, follow-up o familiarità.
Accertamenti prenatali	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fasiv)	Nessuno	• Max € 1.500,00 annui per evento (in unica soluzione) • Diaria parto: € 80,00/notte (max 7 notti)	Riservato alle lavoratrici o mogli/compagne degli iscritti. Copre ecografie, amniocentesi, villocentesi, NIPT, analisi, visite ginecologiche, anestesiologica ed ECG
Trattamenti fisioterapici per infortunio	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fasiv)	Nessuno	Disponibilità annua: € 300,00	Esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di infortunio certificato da verbale di Pronto Soccorso entro 48 ore. Escluse prestazioni in palestre/centri benessere o acquisto/noleggio apparecchi/tutori
Trattamenti fisioterapici per patologia	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fasiv)	Nessuno	Disponibilità annua: € 300,00	A fronte di patologia certificata e prescrizione medica dettagliata. Escluse prestazioni in palestre/centri benessere e acquisto/noleggio apparecchi/tutori
Cure e protesi odontoiatriche, terapie conservative e ortodonzia	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fasiv)	Nessuno	Disponibilità annua: € 300,00	Copre odontoiatria conservativa, endodonzia, chirurgia orale, parodontologia, protesi (fisse/mobili) e ortodonzia. Escluse: protesi fisse su impianti e ablazione del tartaro
Lenti da vista	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fasiv)	Nessuna	Disponibilità: € 200,00 per iscritto (ogni 2 anni)	Rimborso per lenti da vista o lenti a contatto (max 2 lenti) con prescrizione dell'oculista. Escluse montature e prescrizioni da ottici/ortottici.
Indennità da ricovero per intervento chirurgico	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fasiv)	Nessuna	• Massimale annuo: € 10.000,00 • € 80,00/notte (primi 30 giorni) • € 100,00/notte dal 31° al 100° giorno (max 100 giorni)	Spettante per ricoveri con costi interamente a carico del SSN per interventi presenti nell'Allegato A (esclusi gli interventi in convenzione o le degenze per sola riabilitazione).
Inabilità per grave evento morboso	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fasiv)	Franchigia assoluta di 180 giorni (erogata a partire dal 7° mese dall'evento)	Full-Time: € 1.000/mese (primi 3 mesi), € 700/mese (dal 4° al 6° mese). Part-Time: € 700/mese (primi 3 mesi), € 500/mese (dal 4° al 6° mese). Max 6 mesi per evento	Riservata a inabilità da gravi patologie (es. infarto acuto, neoplasia maligna in trattamento, diabete complicato, poli traumi gravi) che comportino l'incapacità professionale continuativa.
FIGLI - Dentista per i figli dai 6 ai 14 anni	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fasiv)	Nessuna	Disponibilità: € 300,00 (singola fattura)	Per trattamenti ortodontici legati a malocclusioni (gradi 3, 4 e 5 dell'indice IOTN) su presentazione di attestazione dell'odontoiatra e cefalometria/calchi.

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Ricovero per grandi interventi	Convenzionata	Scoperto 10% Rette degenza: max € 300,00/giorno Accompagnatore: max € 50,00/giorno (max 30 gg) Infermiere: max € 60,00/giorno (max 30 gg) Trasporto sanitario: fino a € 1.500,00 Neonati: fino a € 10.000,00/anno	Fino a € 60.000,00 annui per persona	
Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico	Diretta Indiretta	• Convenzionata: Scoperto del 10% • Non conv.: 80% rimborso con minimo non indennizzabile di € 2.000,00 • SSN: Rimborso integrale ticket/retta	• Massimale annuo area ricovero: € 60.000,00 • Strutture non conv.: max € 8.000,00 per intervento • Retta degenza non conv.: max € 300,00/giorno	Comprende pre-ricovero (60 gg prima), intervento, retta, cure e post-ricovero (60 gg dopo). Spese alberghiere in non convenzionata max € 300/giorno.
Trasporto Sanitario (Post-intervento)	Indiretta (Rimborso)	Nessuno	Massimale di € 1.500,00 per ricovero	Ambulanza, unità coronarica mobile, aereo sanitario per ricovero, trasferimento o rientro.
Interventi Chirurgici Neonati (1° Anno)	Indiretta Diretta	Secondo le regole generali	Massimale annuo di € 10.000,00 per neonato	Per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita (visite, accertamenti, ricovero e accompagnatore).
Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale	Indiretta Diretta	Quota a carico di € 35,00 per accertamento/ciclo in struttura convenzionata Minimo non indennizzabile di € 55,00 (rimborso al 75%) in struttura non convenzionata	Disponibilità annua: € 6.000,00 per iscritto Sottolimiti: Endoscopie operative € 2.000,00;	Richiesta prescrizione medica con patologia o quesito diagnostico (eccezione per mammografia).
Visite specialistiche	Diretta	Quota a carico € 20,00 per visita specialistica	Disponibilità annua: € 1.000,00 per iscritto	Escluse visite odontoiatriche e ortodontiche. Include 1 visita psichiatrica e max 6 sedute di psicoterapia
Cure dentarie da infortunio	Diretta Indiretta	Nessuna in convenzionata Minimo non indennizzabile di € 100,00 (rimborso all'80%) in non convenzionata	Disponibilità annua: € 1.000,00	Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio (richiesta fattura dettagliata e verbale di PS).
Implantologia	Diretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale biennio: € 1.800,00 per iscritto • Sottolimite 1 impianto: € 450,00 • Sottolimite 2 impianti: € 1.000,00	Copre impianti osteointegrati, corone fisse, elemento provvisorio e perno moncone. Necessarie radiografie pregresse.
Prestazioni odontoiatriche particolari	Diretta	Nessuna	Fruibile 1 volta all'anno (autorizzabile una seconda seduta se clinicamente necessario)	Comprende visita specialistica odontoiatrica e seduta di igiene orale professionale (ablazione del tartaro con ultrasuoni).
Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)	Diretta	Nessuno	Previsto in un'unica soluzione annuale.	Pacchetti prevenzione uomo/donna (esami ematochimici, urine, feci/sangue occulto, ECG, PSA per uomini >45 anni, Mammografia bilaterale per donne >40 anni, Pap-test)

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Difetti fisici o malformazioni preesistenti: Cure e/o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del piano (fatta eccezione per quanto previsto per i neonati figli di iscritti).
- Malattie mentali e disturbi psichici: La cura di malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.
- Cure odontoiatriche generali: Protesi dentarie, cura delle parodontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici (salvo le deroghe specifiche previste per infortuni, implantologia o prestazioni particolari).
- Finalità estetiche: Prestazioni mediche aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del piano.
- Infertilità e fecondazione artificiale: Cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e quelli relativi alla fecondazione artificiale.
- Assistenza di terzi e lunga degenza: Ricoveri causati dalla necessità di avere assistenza da terzi per gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Protesi ortopediche: Interventi per la sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.
- Abuso di sostanze: Trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcol, psicofarmaci o all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni (salvo chi dimostri di aver portato a termine con successo un percorso documentato di disintossicazione).
- Sport aerei o professionali: Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente.
- Gare e competizioni motoristiche: Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche (non di regolarità pura), motociclistiche o motonautiche e relative prove o allenamenti.
- Azioni dolose: Infortuni causati da azioni dolose compiute direttamente dall'iscritto.
- Fattori nucleari e radiazioni: Conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni da accelerazione artificiale di particelle ed esposizione a radiazioni ionizzanti.
- Eventi eccezionali: Conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche o pandemie.
- Medicina non ufficiale: Terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Nomenclatore ad erogazione diretta FASIV

1. Ticket sanitari

Il FASIV rimborsa integralmente i Ticket delle seguenti prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale:

- Ticket di Pronto Soccorso in relazione all'evento acuto. Non sono previsti successivi controlli o altro rispetto alla data dell'evento
- Ticket per Analisi di laboratorio
- Ticket per Diagnostica di immagine e Terapie

- Ticket per Visite specialistiche

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata, là dove questa non sia specificatamente indicata, allegare altro documento come prenotazione, promemoria, accettazione, elenco analisi che riporti la tipologia di prestazione.
- Per i Ticket di Pronto Soccorso allegare il relativo Verbale

Come inserire correttamente la pratica nel portale Fasiv

- Dal sito www.fasiv.it accedere alla propria area riservata, previa registrazione, e inserire i documenti di spesa divisi per tipologia di prestazione. Ad esempio:
- se ho più fatture/ticket per analisi di laboratorio le inserirò tutte nella stessa pratica
- se ho una fattura/ticket per analisi di laboratorio e una per visite dovrò creare due pratiche ognuna nell'area specifica.

La disponibilità annua, per iscritto, per le presenti coperture è di:
€ 300 per Ticket Pronto Soccorso
€ 1.000 per Ticket Analisi di laboratorio
€ 1.000 per Ticket Diagnostica e Terapia
€ 1.000 per Ticket Visite specialistiche

2. Accertamenti prenatali

Il rimborso delle spese sostenute durante la gravidanza è erogato sia alle donne lavoratrici del settore Vigilanza e Servizi di Sicurezza, sia alle mogli/compagne dei lavoratori iscritti al Fasiv.

Il Fondo rimborsa esclusivamente le seguenti prestazioni, erogate sia dal SSN che da strutture sanitarie private:

- Ecografie
- Amniocentesi
- Villocentesi
- NIPT (test prenatale non invasivo)
- Analisi clinico chimiche
- Visite di controllo ostetrico ginecologico
- Visita anestesiologica
- Elettrocardiogramma

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) intestata alla gestante dalla quale si evinca la prestazione effettuata
- Certificato di nascita
- Stato di Famiglia

- Documento di identità della gestante
- Nel caso di interruzione di gravidanza è necessario allegare copia del certificato medico che la attesti

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.500 per evento. Il rimborso è da considerarsi in unica soluzione

3. Trattamenti fisioterapici per infortunio

Il Fondo provvede al pagamento delle spese sostenute per Trattamenti Fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, in caso di infortunio certificato, entro le 48 ore dall'evento traumatico, dal verbale del Pronto Soccorso. Prestazioni fisioterapiche previste:

- Massoterapia
- Mobilizzazioni articolari
- Chinesiterapia
- Riabilitazione post traumatica
- Rieducazione neuromotoria
- Ultrasuoni
- Tecarterapia
- Magnetoterapia
- Ionoforesi
- Onde d'urto

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Copia della certificazione del Pronto Soccorso attestante l'infortunio
- Copia di una prescrizione medica dettagliata rilasciata dal medico di base o dallo specialista indicante il tipo di trattamento fisioterapico necessario
- Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali indicante il tipo di trattamento fisioterapico eseguito, in caso di fattura con più trattamenti eseguiti, indicare il costo per ciascun trattamento

NON RIENTRANO IN GARANZIA:

- Prestazioni eseguite presso palestre, studi estetici, centri benessere e Medical Hotel.
- Non è ammesso al rimborso il noleggio o l'acquisto di apparecchi elettromedicali, di tutori altri dispositivi anche se relativi a prestazioni fisioterapiche previste.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300

4. Trattamenti fisioterapici per patologia

Il Fondo provvede al rimborso delle spese sostenute per Trattamenti Fisioterapici sottoelencati, in caso di patologia certificata.

- Massoterapia
- Mobilizzazioni articolari
- Chinesiterapia
- Ultrasuoni
- Tecarterapia
- Magnetoterapia
- Ionoforesi
- Tens
- Onde d'urto

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Copia di una prescrizione medica dettagliata rilasciata dal medico di base o dallo specialista indicante il tipo di trattamento fisioterapico necessario
- Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali indicante il tipo di trattamento fisioterapico eseguito, in caso di fattura con più trattamenti eseguiti, indicare il costo per ciascun trattamento

NON RIENTRANO IN GARANZIA:

- Prestazioni eseguite presso palestre, studi estetici, centri benessere e Medical Hotel.
- Non è ammesso al rimborso il noleggio o l'acquisto di apparecchi elettromedicali, tutori o altri dispositivi anche se relativi a prestazioni fisioterapiche previste.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300

5. Cure e protesi odontoiatriche, terapie conservative e ortodonzia

Il Fondo provvede al rimborso, nei limiti del massimale previsto, delle spese sostenute per:

- **Odontoiatria conservativa**: cura delle carie e ricostruzione dei denti
- **Endodonzia**: trattamenti del canale radicolare (devitalizzazione)
- **Chirurgia orale**: estrazioni dentarie e altri interventi chirurgici
- **Parodontologia**: trattamenti per le malattie gengivali e dei tessuti di supporto dei denti
- **Protesi dentaria**: sostituzione di denti mancanti o danneggiati con protesi fisse (corone e/o ponti) o mobili
- **Ortodonzia**: correzione dei problemi di malocclusione e allineamento dentale, solitamente con l'uso di apparecchi

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Copia della scheda anamnestica odontoiatrica compilata e firmata dal dentista e attestante il trattamento eseguito (scaricabile dal sito www.fasiv.it - Modulistica)
- Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali indicante il tipo di trattamento odontoiatrico eseguito

NON RIENTRANO IN GARANZIA:

- Le protesi fisse su impianti e l'ablazione del tartaro.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300

6. Lenti da vista

Il Fondo prevede il rimborso delle lenti per occhiali da vista o per lenti a contatto. Tale prestazione è rimborsabile 1 volta ogni due anni dalla data della precedente fattura presentata, per difetti visivi riscontrati dal medico specialista (oculista).

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Prescrizione/certificato (con data non superiore a 1 anno dalla data della fattura inviata) di un **medico oculista** indicante il deficit visivo (diottrie sferiche e/o cilindriche mancanti)
- Copia del documento di spesa dal quale deve evincersi chiaramente **il solo costo delle lenti** - max 2 lenti, o lenti a contatto, presentato **in un'unica soluzione**

Non verranno rimborsate spese inerenti alla montatura o altro al di fuori delle sole lenti da vista.

Non saranno accettate le prescrizioni emesse da ottici e ortottici

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 200

Ad integrazione della prestazione "Lenti e Occhiali da Vista", il Fondo mette a disposizione dei propri iscritti la Convenzione con Salmoiraghi & Viganò e GrandVision.

Nell'Area Rimborsi Online – Convenzioni, del sito www.fasiv.it, è possibile scaricare la presentazione per la registrazione al portale https://www.convenzioniretailottica.it/ in cui sono illustrate nel dettaglio le modalità per usufruire della convenzione e per l'ottenimento del coupon.

7. Indennità da ricovero per intervento chirurgico

In caso di ricovero per intervento chirurgico (intendendo per tale **esclusivamente** uno tra quelli elencati alla voce **Elenco Interventi Chirurgici**), con costi interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'iscritto avrà diritto a un'indennità pari a:

- € 80 per ogni notte di ricovero per i primi 30 giorni
- € 100 per ogni notte a partire dal 31° giorno fino al 100° giorno

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Lettera di dimissione; nel caso in cui questa non fosse abbastanza dettagliata, il Fondo, al fine di valutare la pratica, si riserva di chiedere maggiore documentazione (copia della cartella clinica)

La disponibilità annua per la presente copertura ammonta ad € 10.000

7.1. Elenco Interventi Chirurgici

Gli interventi chirurgici si intendono effettuati con qualsiasi tecnica, metodica, via d'accesso e apparecchiatura.

Sono, altresì, previsti tutti gli interventi relativi a neoplasia maligna di organo o apparato. La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da certificazione di importante sospetto diagnostico e da idonea documentazione clinica (citologia, istologia, diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc. L'eventuale periodo di ricovero per riabilitazione, successivo ad interventi chirurgici, non è previsto dalla garanzia.

NEUROCHIRURGIA
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extra midollari)
• Asportazione tumori dell'orbita
• Interventi di cranioplastica
• Interventi di neurochirurgia
• Interventi sul plesso brachiale
• Interventi sulla ipofisi
• Intervento per ernie del disco intervertebrali e/o artrodesi
• Interventi sul circolo cerebrale per via endovascolare
CHIRURGIA GENERALE
• Ernia Femorale e/o inguinale
• Nodulectomia mammaria
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare
• Retina intervento per distacco
• Interventi chirurgici per glaucoma
OTORINOLARINGOIATRIA
• Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
• Asportazione dei tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
• Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
• Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

- Ricostruzione della catena ossiculare
- Corde vocali decorticazione o cordectomia in microlaringoscopia
- Turbinati inferiori svuotamento (come unico intervento)
- Interventi di poliposi nasale
- Chirurgia Endoscopica Funzionale Naso-Sinusale (FESS)

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia, parziale o totale, con eventuale svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Tiroidectomia totale con linfoadenectomia
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale
- Intervento chirurgico per enfisema

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Intervento per aneurisma aortico per via endovascolare
- Interventi sull'aorta addominale
- Safenectomia della grande safena
- Interventi chirurgici per Trombectomia
- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi sull'esofago cervicale

- Appendicectomia
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomia totale o parziale, emicolectomia e resezione anteriore del retto (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per tumori pancreatici
- Interventi per pancreatite acuta o cronica
- Intervento per fistola gastro-digiuno colica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica
- Chirurgia bariatrica per BMI superiore a 33
- OAGB – bypass gastrico
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Colecistectomia qualsiasi tecnica
- Intervento per prolasso rettale

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per tumore testicolare
- Interventi di prostatectomia
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia

- Nefroureterectomia radicale
- Nefrectomia polare
- Surrenectomia
- Prostatectomia sotto capsulare
- Varicocele in microchirurgia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con eventuale linfoadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale con linfoadenectomia
- Miomectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Interventi per endometriosi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca, ginocchio e caviglia
- Interventi di resezione su corpi vertebrali per frattura e/o crolli vertebrali
- Artrodesi cervicale anteriore o posteriore
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
- Interventi sul ginocchio
- Osteosintesi di grandi, medi e piccoli segmenti
- Rimozione mezzi di sintesi
- Riparazione cuffia dei rotatori e/o acromion plastica spalla
- Displasia dell’anca

CHIRURGIA MAXILLO –FACCIALE
• Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortuni
TRAPIANTO
• Massimo 30 giorni di ricovero

Non rientrano in garanzia:
gli interventi non espressamente elencati al punto 7.1
gli interventi chirurgici eseguiti in convenzione con Unisalute

8. Inabilità per grave evento morboso

Il Fondo Fasiv corrisponderà un'indennità mensile a seguito di inabilità, anche non correlata ad intervento chirurgico, in conseguenza a grave evento morboso, intendendo per tale, **esclusivamente**, uno di quelli elencati alla voce **Elenco gravi Eventi Morbosi** che comporti l'incapacità a svolgere la propria attività professionale. Tale prestazione sarà erogata a partire dal 7° mese successivo all'evento morboso. L'indennità per ciascun mese di inabilità corrisponde a:

- € 1.000 per i primi 3 mesi e € 700 dal 4° al 6° mese per i dipendenti Full-Time
- € 700 per i primi 3 mesi e € 500 dal 4° al 6° mese per i dipendenti Part-Time

Documentazione necessaria per richiedere il rimborso:

- Certificazione evento morboso
- Certificati di malattia continuativi dalla data evento morboso
- Descrizione tipologia di evento morboso

La prestazione è erogata per un periodo massimo di 6 mesi per evento, con una franchigia assoluta di 180 giorni

8.1. Elenco Interventi Chirurgici

- Infarto miocardico acuto
- Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
- dispnea
- edemi declivi
- aritmia
- angina instabile
- edema o stasi polmonare
- ipossiemia
- Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure

- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
- ulcere torpide
- decubiti
- neuropatie
- vasculopatie periferiche
- infezioni urogenitali o sovrainfezioni
- Poli traumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato
- Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale

9. Dentista per i figli dai 6 ai 14 anni

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

- Spese sostenute durante il periodo di copertura per i trattamenti ortodontici per malocclusioni riportabili ai gradi 3, 4 e 5 dell'indice IOTN (Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico).

Documentazione necessaria per richiedere il rimborso

- Attestazione Odontoiatra (scaricabile dal sito www.fasiv.it - Modulistica)
- Cefalometria preliminare al trattamento o immagini dei calchi in gesso in formato digitale
- Copia delle fatture/parcelle quietanzate, nelle quali siano evidenziate esclusivamente le prestazioni oggetto della presente garanzia
- Stato di famiglia

La disponibilità annua per la presente copertura è pari ad € 300 su una singola fattura

10. Informazioni aggiuntive

10.1. Come chiedere un rimborso

L'Iscritto dovrà accedere all' AREA RIMBORSI ONLINE sul sito www.fasiv.it, previa registrazione e caricare tutta la documentazione necessaria al rimborso.

In alternativa, si può inviare copia della documentazione e il modulo di richiesta rimborso debitamente compilato e firmato dall'iscritto (e dalla gestante in caso di accertamenti prenatali), attraverso RACCOMANDATA all'indirizzo:

FONDO FASIV – UFFICIO RIMBORSI

VIA PIEMONTE, 32 00187 – ROMA

Tutti i moduli sono reperibili sul sito www.fasiv.it cliccando alla voce ISCRITTI - MODULISTICA

Le procedure di rimborso verranno effettuate dal Fondo, entro 60 giorni dalla data di protocollazione della pratica, direttamente sul conto corrente dell'iscritto.

10.2. Come visualizzare lo stato delle proprie pratiche

Per verificare lo stato delle proprie richieste di rimborso l'iscritto può accedere dal sito www.fasiv.it all'area rimborsi online e inserire i propri dati di accesso. In questo modo potrà visionare le pratiche inserite, sospese, respinte e quelle ancora "aperte" ossia non ancora inviate per la valutazione. Le pratiche "sospese", se non integrate/modificate, saranno eliminate dal sistema dopo 90 giorni.

10.3. Estensione territoriale

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

10.4. Alcuni chiarimenti importanti

- Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il **termine di due anni** dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni.
- Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.
- Nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle autorità giudiziarie competenti per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Nomenclatore ad erogazione UniSalute

1. Presentazione

Con questa guida intendiamo offrirti un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano sanitario.

All'interno troverai quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora si debba utilizzare una delle prestazioni previste dal Piano sanitario.

Ti preghiamo di attenerti scrupolosamente a queste modalità, così da poterti assistere con sollecitudine.

2. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo Fasiv, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano. Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Fasiv ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Fasiv, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi sviluppata da Unisalute con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire, nella maggior parte dei casi, le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti alle singole coperture.

Tale meccanismo è in grado di garantire ulteriormente forti sconti e agevolazioni agli Iscritti, anche per le prestazioni che non siano coperte dal Piano sanitario del Fondo Fasiv.

3. Le persone per cui è operante la copertura

La copertura è prestata a favore dei lavoratori dipendenti assunti a tempo indeterminato o apprendisti, ai quali si applica il CCNL per i dipendenti degli Istituti di Vigilanza Privata, o a contratti di settori affini, con esplicite previsioni in materia di assistenza sanitaria integrativa, iscritti al Fondo Fasiv.

4. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

4.1. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv

UniSalute ha predisposto per gli Iscritti al Fondo Fasiv un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

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

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

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

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

4.2. Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Iscritto la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate.

Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente a Fondo Fasiv presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere), la documentazione necessaria di seguito indicata.

Il **modulo di richiesta** rimborso debitamente compilato in ogni sua parte, scaricabile direttamente dal sito www.fasiv.it;

- Copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale in caso di **ricovero con intervento chirurgico**. Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesse, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- La prescrizione medica in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante in caso di **prestazioni extra ricovero**;
- Eventuale altra documentazione richiesta alle singole coperture;
- **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento.

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della documentazione prodotta in copia, il Fondo Fasiv avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Iscritto stesso avrà fornito.

L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fondo e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il Fondo provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

5. Servizi online e mobile

5.1. Il sito di UniSalute

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;**
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- visualizzare **l'estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate** da UniSalute per il Fondo Fasiv;
- ottenere **pareri medici**.

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

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

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

Nella home page del sito www.unisalute.it 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.

5.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv

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

Entra nell'area clienti e accedi alla **funzione "Prenotazione".** In base alle tue esigenze puoi:

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

Prenotazione veloce

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

5.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.5. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv?

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

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv.

5.1.6. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

5.2. L'app UniSalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

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

5.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

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

UniSalute PER TE

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

5.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv?

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

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

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

In tutti i casi viene verificato in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e vieni avvisato immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate. Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

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

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.
Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

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

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile, infatti, visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

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

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

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

Integra la documentazione mancante

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

6. Le prestazioni del Piano sanitario

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano sanitario per le seguenti prestazioni:

- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CHIRURGICO/DAY SURGERY, INTERVENTO CHIURURGICO AMBULATORIALE (INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO ALLEGATO A);**
- **DIAGNOSTICA DI IMMAGINE: RADIOLOGIA TRADIZIONALE;**
- **VISITE SPECIALISTICHE;**
- **CURE DENTARIE DA INFORTUNIO;**
- **PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA;**
- **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI;**
- **PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI;**
- **PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE;**
- **SERVIZI DI CONSULENZA.**

6.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital chirurgico/day surgery (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A)

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

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 60 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento Chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 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 non convenzionato, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato da Unisalute per il Fondo Fasiv. Sono compresi in copertura i medicinali (prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura), le prestazioni infermieristiche (qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura) e le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera). In questo caso la copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv ed effettuate da medici convenzionati

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **10%** a carico dell'Iscritto, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Post-ricovero" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura **dell'80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 2.000,00**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Post-ricovero" che prevedono specifici limiti.

Il rimborso avverrà nel limite di un plafond di **€ 8.000,00** per intervento.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Qualora venga effettuato in una ***struttura convenzionata*** da Unisalute per il Fondo Fasiv un grande intervento chirurgico da parte di ***personale medico non convenzionato***, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (quindi nella misura **dell'80%** con l'applicazione del minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** e con un plafond di **€ 8.000,00** per intervento).

6.2. Trasporto sanitario (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A)

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

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

6.3. Intervento chirurgico ambulatoriale (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A)

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

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital chirurgico/day surgery (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A)" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

6.4. Neonati – figli di Iscritti

Il Fondo provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Iscritto per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del figlio neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post-intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 10.000,00**.

6.5. Massimale dell'area ricovero

Il Piano sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 60.000,00** per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

6.6. Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)
• Esami radiologia apparato osteoarticolare (rientrano gli rx colonna vertebrale)
• Mammografia bilaterale
• Ortopanoramica
• Rx di organo apparato
• Rx Endorali
• Rx esofago
• Rx esofago esame diretto
• Rx tenue seriato
• Rx tubo digerente
• Rx tubo digerente prime vie
• Rx tubo digerente seconde vie
• Stratigrafia
Radiologia convenzionale (con contrasto)
• Angiografia
• Clisma opaco e/a doppio contrasto
• Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
• Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
• Urografia
• Qualsiasi esame contrastografico dell'apparato digerente
Diagnostica per immagini
Ecografie
Ecografia mammaria
• Eco addome superiore e inferiore
• Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
• Ecografia prostatica anche transrettale
Ecocolordopplergrafia
• Ecodoppler cardiaco compreso color

- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Ecocolordoppler tiroide

Alta diagnostica per immagini

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato alta definizione
- T.c. con e senza mezzo di contrasto
- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo-distretto-apparato
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale e specialistica

- Elettromiografia
- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroenecefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettroencefalogramma
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Ph metria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Ecografia endovascolare
- Esame urodinamico

• Fluorangiografia oculare
Biopsie
• Biopsia tc guidata
• Biopsia muscolare
• Biopsia prostatica
• Mapping vescicale
Varie
• Biopsia del linfonodo sentinella
• Emogasanalisi arteriosa
• Laserterapia a scopo fisioterapico
• Lavaggio bronco alveolare endoscopico
• Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere
Endoscopie diagnostiche
• Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
• Cistoscopia diagnostica
• Esofagogastroduodenoscopia
• Pancolonscopia diagnostica
• Rettoscopia diagnostica
• Rettosigmoidoscopia diagnostica
• Tracheobroncoscpia diagnostica

Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo Fasiv garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica e dell'eventuale costo operativo, nei limiti del massimale previsto.

Le endoscopie operative si intendono erogate nel limite di un sottomassimale rispetto a quello della "Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale" di **€ 2.000,00** per anno associativo e per iscritto.

Terapie
• Chemioterapia
• Radioterapia
• Dialisi

In caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv ed effettuate da medici convenzionati

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che

dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

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

La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 8.000,00 per Iscritto, per le endoscopie operative è previsto un sottomassimale di € 2.000,00 per Iscritto.

6.7. Visite specialistiche

Il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia e successivamente un ciclo di psicoterapia, da parte di soggetti abilitati secondo legge vigente, di un massimo di 6 sedute.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da Unisalute per il Fondo Fasiv.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 20,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 1.000,00 per Iscritto.

6.8. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del Piano, il Fondo Fasiv liquida all'Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, con le modalità sottoindicate.

- **In caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per ogni fattura.

Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la seguente documentazione:

- radiografie e referti radiologici
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo.

La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 1.000,00 per Iscritto.

6.9. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano", il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle prestazioni di implantologia dentale.

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

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, un'ortopanoramica prima e dopo l'applicazione dell'impianto/i.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da Unisalute per il Fondo Fasiv.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità per biennio associativo per la presente copertura
è di € 1.800,00 per Iscritto.
Viene previsto un sottolimite per biennio associativo di € 1.000,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottolimite per biennio associativo pari a € 450,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nel medesimo biennio associativo, dopo l'applicazione di un impianto, si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimite di **€ 1.000,00** al netto di quanto autorizzato o liquidato.

6.10. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano", il Fondo Fasiv provvede al pagamento di una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale **fruibile una volta all'anno in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

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

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

6.11. Prestazioni diagnostiche particolari

Il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate **una volta all'anno in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorché non ancora conclamati si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazione previste per gli uomini
• Alanina aminotransferasi ALT
• Aspartato Aminotransferasi AST
• colesterolo HDL
• colesterolo totale
• creatinina
• elettrocardiogramma di base
• esame emocromocitometrico e morfologico completo
• gamma GT
• glicemia
• trigliceridi
• tempo di tromboplastina parziale (PTT)
• tempo di protrombina (PT)
• urea
• VES
• Urine; esame chimico, fisico e microscopico
• **Feci:** Ricerca del sangue occulto
• PSA

Prestazione previste per le donne
• Alanina aminotransferasi ALT
• Aspartato Aminotransferasi AST
• colesterolo HDL
• colesterolo totale
• creatinina
• elettrocardiogramma di base
• esame emocromocitometrico e morfologico completo
• gamma GT
• glicemia
• trigliceridi
• tempo di tromboplastina parziale (PTT)
• tempo di protrombina (PT)
• urea
• VES
• Urine; esame chimico, fisico e microscopico
• **Feci:** Ricerca del sangue occulto
• pap-test
Prestazione prevista per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno
• Ecografia prostatica
Prestazione prevista per le donne di età superiore a 40 anni una volta l'anno
• RX Mammografia bilaterale

6.12. Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute

Qualora una delle prestazioni appartenenti a una delle coperture sopra indicate non sia attivabile nel Piano sanitario per esaurimento del limite di spesa annuo o prestazione inferiore al minimo non indennizzabile e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti nelle strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.13. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-885785** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+ 39 051-6389046**.

a) **Informazioni sanitarie telefoniche**

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

- Strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- Centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- Farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv.

c) **Pareri medici immediati**

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

7. Casi di non operatività del piano

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie sono coperte dal Piano sanitario.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario, salvo quanto previsto al punto "Neonati – figli di Iscritti";
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 Piano sanitario);
5. Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
6. I ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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. Non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;

9. Gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
10. Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
11. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
12. 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;
13. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
15. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Prestazioni odontoiatriche particolari", "Prestazioni di implantologia", "Cure dentarie da infortunio" il Piano sanitario 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 Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8. Alcuni chiarimenti importanti

8.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dal 31/12/2023 al 31/12/2024, **salvo proroghe o rinnovi**.
Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

8.2. Inclusioni/esclusioni

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

1) Nuove inclusioni in garanzia

Nel caso di nuove inclusioni in copertura, la garanzia per l'assicurato come indicato al punto "Persone assicurate", decorre dal primo giorno del mese successivo a quello della comunicazione alla Società, se la comunicazione avviene entro il 20 del mese; in caso contrario se la comunicazione avviene successivamente la garanzia per l'assicurato slitterà al mese successivo.

La comunicazione di inclusione dovrà essere inviata tramite apposito supporto informatico alla Società, e dovrà contenere tutte le informazioni relative ai dati anagrafici degli Assicurati (cognome, nome, codice fiscale, luogo e data di nascita, data di inizio del periodo di copertura).

2) Esclusioni dalla garanzia

L'esclusione di Assicurati dalla copertura, nel rispetto di quanto indicato nel regolamento di Fondo Fasiv, deve essere disponibile e rilevabile dall'invio periodico degli Assicurati entro il giorno 20 del mese a quelle di esclusione della copertura.

8.3. Validità 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

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato per il singolo Iscritto fino a quando lo stesso permanga in rapporto di lavoro dipendente secondo il CCNL per i dipendenti da aziende degli Istituti di Vigilanza Privata.

8.5. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv**

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

Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

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

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc…) deve essere inviata in copia.

Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

8.6. Foro competente

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

8.7. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it oppure per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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

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

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

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

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

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

Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;

- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

8.8. Diritto all'oblio oncologico

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Oblio Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 anni (5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.

Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.

Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

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

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

8.10. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. **Informazioni generali**

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

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

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

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

2. **Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 340,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 150,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2025, è pari ad € 156,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 39,1 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 342,8 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2025, pari a 2,19 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 8,77 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

Allegato A - Elenco interventi chirurgici

Qualsiasi neoplasia maligna di organo o apparato. La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da c**ertificazione di importante sospetto diagnostico** supportato da idonea documentazione clinica (Citologia, Istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc.)

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
- Intervento per ernie del disco lombo sacrali

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia Femorale
- Nodulectomia mammaria

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Calazio
- Retina intervento per distacco
- Interventi chirurgici per glaucoma

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari
- Asportazione dei tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Intervento per enurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Corde vocali decorticazione o cordotomia in microlaringoscopia
- Turbinati inferiori svuotamento (come unico intervento)
- Interventi di poliposi nasale

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Tiroidectomia totale con linfoanedectomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale
- Intervento chirurgico per enfisema bolloso

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena
- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomia

- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gasterectomy per BMI superiore a 33
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Colecistectomia qualsiasi tecnica
- Intervento per prolasso rettale

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Prostatectomia sottocapsulare
- Varicocele in microchirurgia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenctomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Miomectomia per via vaginale
- Interventi per endometriosi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
- Interventi sul ginocchio in artroscopia
- Meniscectomia in artroscopia
- Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
- Riparazione cuffia dei rotatori ed acromionoplastica spalla

CHIRURGIA MAXILLO –FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio



FAST
FONDO ASSISTENZA SANITARIA TURISMO

Alla tua assistenza sanitaria ci pensiamo noi!

PRESTAZIONI DIRETTE FONDO FAST

Consulta il piano sanitario diretto FAST

prestazioni@fondofast.it

PRESTAZIONI IN CONVENZIONE UNISALUTE

Consulta il piano sanitario FAST

numero verde unisalute 800.01.66.39

Via Toscana, 1 - 00187 Roma

Tel. 06 42034670
Fax 06 42034675

info@fondofast.it
www.fondofast.it

FEDERALBERGHI Federazione delle Associazioni Italiane Alberghi e Turismo
FAITA FEDERCAMPING
CGIL FILCAMS
CISL FISASCAT
UILTuCS

FAST
FONDO ASSISTENZA SANITARIA TURISMO

Il settore del turismo e dei servizi, dinamico e complesso per sua stessa natura, trova un punto di riferimento fondamentale nella tutela del benessere dei suoi lavoratori grazie a FAST (Fondo di Assistenza Sanitaria Turismo).

Nato in applicazione di quanto stabilito dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) di categoria, il Fondo assolve a un duplice e strategico obiettivo: da un lato, garantire agli iscritti una copertura sanitaria integrativa concreta, completa e vicina alle reali necessità della persona; dall'altro, favorire il miglioramento delle condizioni lavorative complessive all'interno delle aziende, contenendo al contempo l'impatto degli oneri sul costo del lavoro grazie alle agevolazioni fiscali e normative previste per la sanità integrativa.

Questa solida architettura di welfare affonda le proprie radici nel dialogo sociale e nella pariteticità. FAST è infatti costituito e promosso congiuntamente dalle principali organizzazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori maggiormente rappresentative del settore — nello specifico Federalberghi, Faita, Filcams-CGIL, Fisascat-CISL e Uiltucs-UIL. Questa condivisione di intenti tra le parti sociali assicura una gestione trasparente, vicina alle specificità del comparto turistico e costantemente orientata a rispondere ai bisogni di chi lavora ogni giorno nel settore.

CCNL Previsti

- CCNL Turismo (aziende alberghiere, villaggi turistici, campeggi e complessi turistico-ricettivi all'aria aperta), sottoscritto da organizzazioni come Federalberghi, Faita, Filcams Cgil, Fisascat Cisl e Uiltucs Uil

Personale interessato:

- Lavoratori a tempo indeterminato (full-time e part-time).
- Apprendisti.
- Lavoratori a tempo determinato con durata iniziale superiore a 3 mesi (su richiesta scritta).
- **Esclusi**: Dirigenti e Quadri

Contribuzione

Pari a **12,00 euro** al mese per lavoratore (di cui **10,00 euro** a carico del datore di lavoro e **2,00 euro** a carico del lavoratore).

Dal 1° luglio 2027, la quota a carico del datore di lavoro salirà a **13,00 euro**, portando il totale a **15,00 euro** mensili (**13,00 euro** datore + **2,00 euro** lavoratore)

Operatività

Ticket sanitari, pacchetto maternità, trattamento P.M.A., assistenza al lavoratore non autosufficiente, Long Care Term, prevenzione per sindrome di Down, lenti da vista, vaccini antinfluenzali, trattamento farmacologico obesità grave, cronicità: visite specialistiche e esami diagnostici, scoperto intervento chirurgico, riflessologia plantare, esame genetico per predisposizione tumori, responsività chemioterapia, terapia sclerosante, polisonnografia, parrucca per pazienti oncologici, ricovero per intervento chirurgico, diagnostica di immagine, visite specialistiche, presidi/ausili medici ortopedici, trattamenti fisioterapici, implantologia, avulsione, prevenzione odontoiatrica, prevenzione, monitor salute

Sanimpresa per dipendenti di Roma e provincia: ricovero per intervento chirurgico, diagnostica di immagine, visite specialistiche, presidi/ausili medici ortopedici, trattamenti fisioterapici, implantologia, avulsione, prevenzione odontoiatrica, monitor salute

Contatti utili: numero verde UniSalute 800 016639

Ufficio Rimborsi 06 42034670 - prestazioni@fondofast.it

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Ticket sanitari	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fast)	Nessuno	Disponibilità annua: € 600,00 per iscritto	Esclusi i quesiti diagnostici di controllo, follow-up o familiarità.
Pacchetto maternità	Indiretta (gestita da Fast) / Indennità	Nessuno	• Max € 1.500,00 per evento (in unica soluzione) • Diaria parto: € 80,00/notte (max 7 notti)	Comprende ecografie, analisi, diagnostica prenatale, visita anestesiologica, ECG e fino a 4 visite ginecologiche (6 se a rischio). Prestazioni post-parto escluse dal pacchetto.
Trattamenti di P.M.A.	Indiretta (gestita da Fast) / Indennità	Nessuno	Disponibilità: € 1.000,00 per iscritto (in unica soluzione) (1 trattamento nell'arco della vita fertile)	Comprende terapia di stimolo, prelievo ovociti/gameti, tecniche di inseminazione
Assistenza al lavoratore non autosufficiente	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuno	Disponibilità Annua: € 4.800 pro quota per i mesi di iscrizione	Stato di non autosufficienza soggetto a verifica ogni 12 mesi.
Long Care Term - Assistenza a familiari non autosufficienti	Indiretta (gestita da Fast)	50% di quota a carico dell'utente per le RSA	Disponibilità Annua: € 3.000,00 a nucleo familiare (in unica soluzione)	Accessibile per iscritti in copertura da almeno 6 mesi e con grave non autosufficienza (L. 104/92).
Prevenzione specifica per lavoratori affetti da Sindrome di Down	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuno	Disponibilità annua: € 300,00 per iscritto	Riservato a lavoratori iscritti con Sindrome di Down.
Lenti da vista	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuno	Disponibilità: € 150,00 per iscritto (ogni 2 anni)	Richiesta variazione di almeno 0,50 diottrie per occhio; esclusa la montatura.
Vaccini antinfluenzali	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuno	Disponibilità annua: € 15,00 per iscritto	La documentazione deve contenere solo la prestazione del vaccino.
Trattamento farmacologico dell'obesità grave	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuna	Disponibilità: € 1.000,00 per iscritto (in unica soluzione)	Richiesto accertamento di obesità grave da medico specialista e piano terapeutico.
Rimborso cronicità - Visite specialistiche	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuna	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Richiesta autorizzazione Unisalute e certificazione di accertamento cronicizzazione.
Rimborso cronicità - Esami di diagnostica	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuna	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Richiesta autorizzazione Unisalute e certificazione di accertamento cronicizzazione.
Scoperto per interventi chirurgici	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuna	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Valido per interventi con data a partire dal 01/07/2023 tramite circuito Unisalute.
Riflessologia plantare	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuna	Disponibilità annua: € 300,00 per iscritto (in unica soluzione)	Effettuata esclusivamente da personale sanitario abilitato (fisioterapisti).

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Esame genetico per predisposizione tumori	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuna	Disponibilità annua: € 350,00 per iscritto	
Responsività alla chemioterapia	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuna	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Richiesta relazione e prescrizione del centro clinico oncologico.
Terapia sclerosante per capillari e varici	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuna	Disponibilità annua: € 300,00 per iscritto (in unica soluzione)	Escluse altre modalità di trattamento (laser, chirurgia, ecc.).
Polisonnografia	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuna	Disponibilità annua: € 100,00 per iscritto	
Parrucca per pazienti oncologici	Indiretta (gestita da Fast)	Nessuna	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Finalizzata al miglioramento del benessere psicologico e della qualità di vita.
Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico	Diretta Indiretta SSN	• Convenzionata: Scoperto del 10% • Non conv.: 80% rimborso con minimo non indennizzabile di € 2.000,00 • SSN: Rimborso integrale ticket/retta	• Massimale annuo area ricovero: € 90.000,00 • Strutture non conv.: max € 8.000,00 per intervento • Retta degenza non conv.: max € 300,00/giorno	Comprende pre-ricovero (120 gg prima), intervento, degenza, accompagnatore, assistenza infermieristica e post-ricovero (120 gg dopo). Valido per interventi dell'elenco allegato.
Trasporto Sanitario (Post-intervento)	Indiretta (Rimborso)	Nessuno	Massimale di € 1.500,00 per ricovero	Ambulanza, unità coronarica mobile, aereo sanitario per ricovero, trasferimento o rientro.
Indennità Sostitutiva per Ricovero	Indiretta	Nessuno	• € 80,00/notte (primi 30 giorni) • € 100,00/notte dal 31° al 100° giorno (max 100 giorni)	Spetta in caso di ricovero con pernottamento se non viene richiesto alcun rimborso al Fondo per il ricovero.
Interventi Chirurgici Neonati (1° Anno)	Indiretta Diretta	Secondo le regole generali	Massimale annuo di € 10.000,00 per neonato	Per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita (visite, accertamenti, ricovero e accompagnatore).
Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale	Indiretta Diretta	Quota a carico di € 35,00 per accertamento/ciclo in struttura convenzionata Minimo non indennizzabile di € 55,00 (rimborso al 75%) in struttura non convenzionata	Disponibilità annua: € 6.000,00 per iscritto Sottolimiti: Endoscopie operative € 2.000,00; Laserterapia fisioterapica € 200,00.	Richiesta prescrizione medica con patologia o quesito diagnostico (eccezione per mammografia).
Visite specialistiche	Diretta	Quota a carico € 15,00 per visita specialistica	Disponibilità annua: € 700,00 per iscritto	Escluse visite odontoiatriche/ortodontiche Include 1 visita psichiatrica e max 6 sedute di psicoterapia
Protesi/ausili medici ortopedici	Indiretta	Scoperto 20% per fattura	Disponibilità annua: € 2.500,00 per iscritto	Include carrozzelle, plantari, calzature ortopediche, busti, corsetti, ecc.
Trattamenti fisioterapici	Indiretta (post-infortunio / patologie specifiche) Diretta (patologie temporaneamente invalidanti in convenzionata)	Nessuna (rimborso al 75% per le forme rimborsabili)	Disponibilità annua: € 350,00 per iscritto Sottolimite: Agopuntura € 250,00.	Per infortunio (con PS o prescrizione nei 7 gg) o patologie invalidanti (es. SLA, Parkinson, ictus)

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Implantologia	Diretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 2.500,00 per iscritto • Sottolimite 1 impianto: € 600,00 • Sottolimite 2 impianti: € 1.100,00	Copre impianti osteointegrati, corone fisse, elemento provvisorio e perno moncone. Necessarie radiografie pregresse.
Avulsione	Diretta	Nessuno	• Massimale annuo: € 250,00 per iscritto • Sottolimite a dente: € 60,00	Necessaria produzione di radiografie e referti precedenti alla prestazione.
Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione)	Diretta	Pagamento del 30% a carico dell'iscritto (il Fondo copre il 70%)	Fruibile una volta l'anno	Include ablazione del tartaro con ultrasuoni ed eventuale visita di controllo.
Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)	Diretta	Nessuno	Previsto in un'unica soluzione annuale.	Pacchetti di prevenzione cardiovascolare ed oncologica (es. esami ematochimici, visita cardiologica, ecg, pap test, mammografia).
Servizio monitor salute	Diretta SSN	Nessuno	Disponibilità annua aggiuntiva di € 50,00 per iscritto per visite/accertamenti di cronicità.	Monitoraggio a distanza per over 50 con malattie croniche (diabete, ipertensione, BPCO).
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico	Diretta Indiretta	• Convenzionata: Scoperto del 20% • Non conv.: 80% rimborso con minimo non indennizzabile di € 2.000,00	• Massimale annuo area ricovero: € 90.000,00 • Strutture non conv.: max € 8.000,00 per intervento	Comprende pre-ricovero (60 gg prima), intervento, retta, cure e post-ricovero (60 gg dopo). Spese alberghiere in non convenzionata max € 300/giorno.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Trasporto Sanitario (Post-intervento)	Indiretta (Rimborso)	Nessuno	Massimale di € 1.500,00 per ricovero	Ambulanza, unità coronarica mobile, aereo sanitario per ricovero, trasferimento o rientro.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Indennità Sostitutiva per Ricovero	Indiretta	Nessuno	• € 80,00/notte (primi 30 giorni) • € 100,00/notte dal 31° al 100° giorno (max 100 giorni)	Spetta in caso di ricovero con pernottamento se non viene richiesto alcun rimborso al Fondo per il ricovero.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Interventi Chirurgici Neonati (1° Anno)	Diretta	Secondo le regole generali	Massimale annuo di € 10.000,00 per neonato	Per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita (visite, accertamenti, ricovero e accompagnatore).
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale	Indiretta Diretta	Quota a carico di € 50,00 per accertamento/ciclo in struttura convenzionata Minimo non indennizzabile di € 75,00 (rimborso al 70%) in struttura non convenzionata	Disponibilità annua: € 6.000,00 per iscritto Sottolimiti: Endoscopie operative € 2.000,00; Laserterapia fisioterapica € 200,00.	Richiesta prescrizione medica con patologia o quesito diagnostico (eccezione per mammografia).
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Visite specialistiche	Diretta	Quota a carico € 35,00 per visita specialistica	Disponibilità annua: € 700,00 per iscritto	Escluse visite cardiologiche, angiologiche, urologiche, senologiche e odontoiatriche/ortodontiche Include 1 visita psichiatrica e max 6 sedute di psicoterapia.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Protesi/ausili medici ortopedici	Indiretta	Scoperto 20% per fattura	Disponibilità annua: € 2.500,00 per iscritto	Include carrozzelle, plantari, calzature ortopediche, busti, corsetti, ecc.

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Trattamenti fisioterapici	Indiretta (post-infortunio / patologie specifiche) Diretta (patologie temporaneamente invalidanti in convenzionata)	Nessuna (rimborso al 75% per le forme rimborsabili)	Disponibilità annua: € 350,00 per iscritto Sottolimite: Agopuntura € 250,00.	Per infortunio (con PS o prescrizione nei 7 gg) o patologie invalidanti (es. SLA, Parkinson, ictus)
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Implantologia	Diretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 2.300,00 per iscritto • Sottolimite 1 impianto: € 450,00 • Sottolimite 2 impianti: € 8500,00	Copre impianti osteointegrati, corone fisse, elemento provvisorio e perno moncone. Necessarie radiografie pregresse.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Avulsione	Diretta	Nessuno	• Massimale annuo: € 250,00 per iscritto (max 4 denti l'anno) • Sottolimite a dente: € 60,00	Necessaria produzione di radiografie e referti precedenti alla prestazione.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione)	Diretta	Pagamento del 50% a carico dell'iscritto (il Fondo copre il 50%)	Fruibile una volta l'anno	Include ablazione del tartaro con ultrasuoni ed eventuale visita di controllo.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Servizio monitor salute	Diretta SSN	Nessuno	Disponibilità annua aggiuntiva di € 50,00 per iscritto per visite/accertamenti di cronicità.	Monitoraggio a distanza per over 50 con malattie croniche (diabete, ipertensione, BPCO)

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

Ecco l'elenco dei principali **casi di non operatività** (esclusioni) comuni ai piani sanitari del Fondo FAST:

- Difetti fisici o malformazioni preesistenti: Cure e/o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del piano (fatta eccezione per gli interventi sui neonati).
- Malattie mentali e disturbi psichici: Cura di malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici (salvo la prima visita psichiatrica e il ciclo di psicoterapia previsti specificamente dal piano).
- Cure odontoiatriche generali: Protesi dentarie, cura delle parodontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici (salvo le eccezioni espressamente previste per implantologia, avulsioni e prestazioni odontoiatriche particolari).
- Finalità estetiche: Prestazioni mediche e interventi aventi finalità estetica (salvo la chirurgia plastica ricostruttiva resa necessaria da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del piano).
- Infertilità e fecondazione artificiale: Cure, interventi e accertamenti finalizzati al trattamento dell'infertilità o relativi alla fecondazione artificiale (salvo quanto previsto per i trattamenti di PMA laddove inclusi).
- Assistenza di terzi e lunga degenza: Ricoveri causati dalla necessità di avere assistenza da terzi per gli atti elementari della vita quotidiana o ricoveri per lunga degenza di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Protesi ortopediche: Interventi per la sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.

- Abuso di sostanze: Malattie e conseguenze derivanti dall'abuso di alcol, psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti/allucinogeni (salvo chi dimostri di aver completato con successo un percorso di disintossicazione documentato).
- Sport aerei o professionali: Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente.
- Gare e competizioni motoristiche: Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche (non di regolarità pura), motociclistiche, motonautiche e relative prove o allenamenti.
- Azioni dolose: Infortuni causati da azioni dolose compiute direttamente dall'iscritto.
- Fattori nucleari e radiazioni: Conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni da accelerazione artificiale di particelle o esposizione a radiazioni ionizzanti.
- Eventi eccezionali: Conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche o pandemie (nei testi in cui è specificato).
- Medicina non ufficiale: Terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Nomenclatore ad erogazione diretta FAST

1. Ticket sanitari

Il Fondo FAST rimborsa integralmente le prestazioni sanitarie effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale per le seguenti prestazioni:

- Indagini diagnostiche
- Ticket di pronto soccorso in relazione all'evento acuto. Non sono previsti successivi controlli o altro rispetto alla data dell'evento
- Prestazioni di terapia intendendo per tali quelli elencati esclusivamente al **punto 6.2** del piano sanitario
- Visite specialistiche
- Trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi (intendendo per tali esclusivamente quelli elencati al punto **6.5.1** del piano sanitario).

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;
- Copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico con patologia o presunta tale che abbia reso necessaria la prestazione stessa.

NON verranno rimborsate prestazioni che riportano come quesito diagnostico "controllo, accertamenti, follow-up, familiarità" e/o similari.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 600,00 per iscritto.

2. Pacchetto maternità

Le donne in gravidanza hanno diritto ad eseguire gratuitamente alcune prestazioni specialistiche e diagnostiche, erogate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, tra cui i consultori familiari.

Consulta il DPCM sui nuovi Livelli essenziali di assistenza del 12 gennaio 2017 e l'Allegato 10 per l'elenco delle prestazioni gratuite

Il fondo rimborsa le seguenti prestazioni:

- ecografie;
- amniocentesi;
- villocentesi
- NIPT (test prenatale non invasivo)
- analisi clinico chimiche;
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (n° 6 per gravidanza a rischio). *
- n.1 visita anestesiologica
- elettrocardiogramma

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;
- Certificato attestante lo stato di gravidanza;
- *Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia del certificato medico dal quale si evinca la patologia sottostante e almeno due visite ginecologiche devono rientrare nel periodo indicato dal certificato.
- Per l'Indennità di parto è richiesto l'invio in copia della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto o per aborto spontaneo o terapeutico con i relativi giorni di degenza

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.500,00 per evento.
Il rimborso è da considerarsi in unica soluzione

Indennità di parto

In occasione del parto, e previa presentazione della scheda di dimissioni ospedaliera (SDO), il Fondo FAST corrisponderà un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7 giorni**. Per giorno di ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Il rimborso di tale indennità è da considerarsi al di fuori del tetto massimo dei 1500 €

3. Trattamenti di P.M.A. (Procreazione Medicalmente Assistita)

Per la coppia che si appresta alla P.M.A è possibile eseguire gratuitamente alcune prestazioni, erogate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate

Consulta il DPCM sui nuovi Livelli essenziali di assistenza del 12 gennaio 2017 e l'Allegato 10 per l'elenco delle prestazioni gratuite.

La seguente prestazione è da riferirsi ad un unico trattamento nel corso dell'intero ciclo di vita fertile della donna.

La prestazione può essere richiesta dalla coppia in cui almeno uno dei due componenti risulti regolarmente in copertura. Possono accedere alla garanzia coppie composte da soggetti maggiorenni, coniugati o conviventi, in età potenzialmente fertile.

Rientra nella seguente prestazione oggetto di rimborso:

- Terapia di stimolo
- Prelievo ovociti/gameti
- Tecniche di inseminazione

Il fondo **NON** rimborsa tutti gli esami diagnostici / strumentali e analisi per il pre, durante e post trattamento dell'infertilità e tutto quello che non rientra nelle terapie e tecniche sopra evidenziate

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Autocertificazione dello stato di famiglia o certificazione anagrafica di famiglia dell'iscritto dalla quale risulti la composizione del nucleo familiare ed i rapporti di parentela.
- Copia del Piano Terapeutico PMA
- Prescrizione del medico curante per i trattamenti farmacologici indicati sul piano inserito
- Documenti di spesa ove si evinca la prestazione svolta e/o scontrini fiscali con il nome del farmaco acquistato indicato nel piano terapeutico inserito.
- Le voci di spesa devono essere intestate al titolare della garanzia o cointestate (iscritto al fondo e utilizzatore della prestazione)
- Nel caso in cui la prestazione venga fruita dal partner non iscritto, tale situazione deve essere indicata nella fattura

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 in un'unica soluzione per l'intera somma erogabile

4. Assistenza al lavoratore non autosufficiente

Il Fondo introduce il rimborso per la prestazione di assistenza alla persona non autosufficiente, per un periodo non superiore a due anni.

Per "non autosufficiente" si intende una persona che a causa di una malattia, di infortunio, si trovi a non essere in grado di svolgere, del tutto o in parte, le più comuni attività della vita quotidiana in autonomia, come lavarsi, vestirsi, svestirsi, andare in bagno, mobilità etc.

I rimborsi erogati dal Fondo a favore dell'iscritto si riferiscono a prestazioni sociosanitarie quali:

- badanti, personale di supporto ed assistenza
- ricovero in residenze sanitarie assistite

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- certificato di accertamento dell'handicap emesso dalla commissione medica presso la U.S.L. di cui all'articolo 4 della legge 104/92, dal quale risulti che il soggetto si trovi in situazione di handicap grave (ai sensi art 3, comma 3, legge 104/92)
- per l'iscritto legalmente rappresentato da altra persona, si richiede copia dello stato di famiglia dal quale si evinca la parentela con il familiare per cui si richiede la prestazione
- attestazione di ricovero e programma di assistenza specifico, per le strutture di residenza sanitarie assistite con specifica delle spese sostenute

Per il rimborso delle prestazioni del personale di supporto e assistenza:

Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS e un prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro - iscritto al fondo - dal quale si evinca:

- Nome e Cognome del lavoratore con funzione di supporto (colf/badante)
- Numero ore lavorate con retribuzione oraria
- Importo contributi versati
- Firma per ricevuta del lavoratore (colf/badante)

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 4.800,00 pro quota per i mesi di iscrizione

Informazioni aggiuntive:

In ogni caso, lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifica e revisione ogni 12 mesi. Pertanto, il fondo avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza del lavoratore.

Allo scadere dei due anni, qualora il fondo decida di prorogare la copertura, per il rinnovo viene richiesta da parte del fondo, una nuova verifica dello stato di non autosufficienza.

5. Long Care Term - Assistenza a familiari non autosufficienti

Il Fondo introduce il rimborso per il Long Care Term, assistenza a familiari non autosufficienti, in condizioni di grave "non autosufficienza".

Possono accedere alla richiesta di rimborso gli iscritti che risultano regolarmente in copertura da almeno 6 mesi dalla data della fattura richiesta.

Può usufruire della prestazione il familiare in linea retta o collaterale di 1° grado (figlio/a, marito/moglie, genitore/genitrice, fratello/sorella) per le famiglie di fatto il convivente purché presente nello stato di famiglia

Il fondo rimborsa le seguenti prestazioni:

1. Il 50% a carico dell'utente della quota per la retta di permanenza nelle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), accreditate ssn, come regolate dall'art. 3 del D. lg 502/92 e succ. modificazioni
2. retta in centri diurni integrati per interventi di natura socia-assistenziale e sanitaria, semiresidenziali per non autosufficienti
3. retta di permanenza in strutture di riposo
4. assistenza infermieristica e/o riabilitativa domiciliare
5. badante

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Certificazione dello stato di famiglia dell'iscritto dalla quale risulti la composizione del nucleo familiare ed i rapporti di parentela con il familiare per cui si richiede l'erogazione.
- Per i genitori si richiede anche certificato storico dello stato di famiglia
- copia del verbale rilasciato dalla ASL di appartenenza ai sensi della Legge104/1992 art. 3 comma 3 ("grave condizione di non autosufficienza")
- copia dei documenti di spesa fiscalmente validi intestati al dipendente iscritto e/o cointestati con il familiare che ha usufruito delle prestazioni, nelle quali si evincano chiaramente le specifiche spese di assistenza sostenute per il soggetto non autosufficiente, fino a concorrenza della somma
- copia della prescrizione del medico curante per le prestazioni riabilitative necessarie che devono corrispondere a quelle inserite in fattura
- Per il rimborso delle prestazioni di badante: Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS e un prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro -iscritto al fondo - dal quale si evinca: - Nome e Cognome del lavoratore con funzione di supporto (badante) - Numero ore lavorate con retribuzione oraria - Importo contributi versati - Firma per ricevuta del lavoratore (badante)

La disponibilità per la presente copertura è di € 3.000,00 annui, a nucleo familiare, in un'unica soluzione per l'intera somma erogabile

6. Prevenzione specifica per lavoratori affetti da Sindrome di Down

Per i lavoratori iscritti al fondo con Ds, il pacchetto di prevenzione prevede il rimborso per le seguenti prestazioni:

- valutazione deficit visivo/uditivo
- radiografia cervicale
- valutazione densità ossea

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Certificazione sindrome di Down (art. 3 comma 1 - Legge 104/1992)
- Copia della documentazione di spesa dalla quale si evinca la prestazione effettuata

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 ad iscritto.

7. Lenti da vista

Il fondo prevede il rimborso delle lenti per occhiali da vista o per lenti a contatto (per le lenti giornaliere è ammessa un'unica richiesta per un massimo di 12 mesi di spesa). Tale prestazione è rimborsabile 1 volta ogni due anni dalla data delle fatture presentate (per prime richieste con data fattura 2024), per difetti visivi con variazione di almeno 0,50 diottrie per occhio, nell'ambito del periodo di validità della copertura.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- documento di spesa dal quale deve evincersi chiaramente **il solo costo delle lenti** - max 2 lenti; o lenti a contatto, presentato in un'unica soluzione

- prescrizione/ certificato (con data non superiore ad un anno dalla data della fattura inviata) di un medico oculista indicante il deficit visivo precedente ed attuale
- "**dichiarazione di conformità**" delle nuove lenti – l'Attestazione dei materiali utilizzati" non sostituisce la "Dichiarazione di conformità"

Non verranno rimborsate spese inerenti alla montatura o altro al di fuori delle sole lenti da vista

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 150

8. Vaccini antinfluenzali

Vengono rimborsati: vaccini antinfluenzali trivalenti (TIV) che contengono due virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e un virus di tipo B, oltre a vaccini quadrivalenti che contengono due virus di tipo A (H1N1 e H3N2) e due virus di tipo B

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

- Voce di spesa dalla quale si evinca la tipologia di vaccino
- La documentazione presentata deve contenere solo la prestazione oggetto di rimborso, al fine di agevolare future operazioni sia di rimborso che di dichiarazione 730

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 15

9. Trattamento farmacologico dell'obesità grave

Obesità grave e/o complicata (BMI > 40 kg/m2 o BMI > 30 kg/m2 e stadio 2 o superiore secondo l'Edmonton Obesity Scoring System)

L'Edmonton Obesity Staging System è un sistema riconosciuto a livello internazionale per la valutazione della gravità dell'obesità. Esso è contenuto negli Standard Italiani ADI-SIO per la diagnosi e la terapia dell'obesità.

Il Fondo FAST, in collaborazione con **S.I.O. (Società Italiana dell'Obesità)** [per approfondimenti consulta il sito https://sio-obesita.org] si propone di portare avanti l'impegno ad aumentare la conoscenza di questa malattia cronica multifattoriale rimborsando nello specifico i trattamenti farmacologici associati e riconosciuti a livello nazionale.

- LIRAGLUTIDE 3.0 mg (nome commerciale SAXENDA)
- NALTREXONE/BUPROPIONE (nome commerciale MYSIMBA)

Documentazione necessaria per richiedere il rimborso

- Accertamento obesità grave rilasciato da medico specialista
- Piano terapeutico e/o indicazione di ciclo farmacologico
- Scontrini fiscali con il nome del farmaco acquistato indicato nel piano terapeutico inserito

La disponibilità annua per la presente copertura è di 1000€ per iscritto.
Il rimborso è da considerarsi in unica soluzione

10. Rimborso cronicità - Visite specialistiche

A partire dal 01/07/2023, viene rimborsata la quota pari a 15 euro SOLO per visite specialistiche relative le seguenti cronicità:

Diabete mellito (patologia cronica sufficiente per il riconoscimento il dato di" esenzione per patologia "cod. 013)

- Visita specialistica diabetologica /endocrinologica
- Visita specialistica cardiologica
- Visita specialistica nefrologica
- Visita specialistica angiologica
- Visita specialistica oculistica

Cardiopatia ischemica con reliquati (patologia cronica sufficiente per il riconoscimento il dato di" esenzione per patologia "cod. 021 insufficienza cardiaca (N.Y.H.A. classe III e IV)

- Visita specialistica cardiologica
- Visita specialistica nefrologica
- Visita specialistica angiologica

Cerebrovasculopatie ischemiche e o emorragiche (patologia cronica necessaria certificazione di presenza di deficit motorio / sensitivi come reliquato di vasculopatia acuta cerebrale)

- Visita specialistica neurologica
- Visita specialistica cardiologica

BPCO con necessità di ossigenoterapia (patologia cronica sufficiente per il riconoscimento il dato di "esenzione per patologia" cod. 024)

- Visita specialistica pneumologica
- Visita specialistica cardiologica

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico con patologia o presunta tale che abbia reso necessaria la prestazione stessa.
- Autorizzazione Unisalute
- Certificazione di accertamento cronicità
- Documento di spesa dal quale si evinca quota a carico iscritto

La disponibilità annua per la presente copertura è di 500€ per iscritto.

11. Rimborso cronicità - Esami di diagnostica

A partire dal 01/07/2023, viene rimborsata la quota pari a 35 euro SOLO per esami diagnostici per le seguenti cronicità:

Diabete mellito (patologia cronica sufficiente per il riconoscimento il dato di" esenzione per patologia "cod. 013)

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettromiografia
- Potenziali evocati
- Fluoroangiografia oculare

Cardiopatia ischemica con reliquati (patologia cronica sufficiente per il riconoscimento il dato di" esenzione per patologia "cod. 021 insufficienza cardiaca (N.Y.H.A. classe III e IV)

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Miocardioscintigrafia
- Tomoscintigrafia SPET miocardia
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa

Cerebrovasculopatie ischemiche e o emorragiche (patologia cronica necessaria certificazione di presenza di deficit motorio / sensitivi come reliquato di vasculopatia acuta cerebrale)

- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Angio rm con contrasto
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettroencefalogramma

BPCO con necessità di ossigenoterapia (patologia cronica sufficiente per il riconoscimento il dato di "esenzione per patologia" cod. 024)

- Tc spirale multistrato alta definizione

- T.c. con e senza mezzo di contrasto
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico con patologia o presunta tale che abbia reso necessaria la prestazione stessa.
- Autorizzazione Unisalute
- Certificazione di accertamento cronicità
- Documento di spesa dal quale si evinca quota a carico iscritto

La disponibilità annua per la presente copertura è di 500€ per iscritto.

12. Scoperto per interventi chirurgici

Per gli interventi svolti in rete e con data intervento a partire dal 01/07/2023, viene rimborsato lo scoperto pari al 10% a carico dell'iscritto SOLO per i seguenti interventi:

NEUROCHIRURGIA
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o Extramidollari)
• Asportazione tumori dell'orbita
• Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
• Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
CHIRURGIA GENERALE
• Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare
OTORINOLARINGOIATRIA
• Asportazione di tumori maligni di tutti i distretti di competenza otorinolaringoiatrica
• Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
CHIRURGIA DEL COLLO
• Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
• Tiroidectomia totale con o senza linfoadenectomia
CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
• Interventi tumori del mediastino
• Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici

- Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia
- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso toracica
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Cartella clinica
- Autorizzazione Unisalute
- Documento di spesa dal quale si evinca quota del 10% a carico iscritto

La disponibilità annua per la presente copertura è di 500€ per iscritto.

13. Riflessologia plantare

Il Fondo FAST rimborsa integralmente le prestazioni di riflessologia plantare effettuate da solo personale sanitario abilitato (**fisioterapisti**)

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;
- Copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico con patologia o presunta tale che abbia reso necessaria la prestazione stessa.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 per iscritto in unica soluzione

14. Esame genetico per predisposizione tumori

Per il Fondo, la possibilità di individuare i soggetti a rischio di sviluppare una specifica neoplasia rappresenta il miglior metodo per giungere ad una diagnosi precoce del tumore e quindi per ridurre la mortalità in tale patologia, considerando che in generale è sempre più curabile.

L'esame consente ai pazienti di conoscere, attraverso l'analisi del loro DNA, se si è predisposti allo sviluppo di un particolare tipo di tumore. Il test, quindi, permette di identificare le persone a rischio di insorgenza di una specifica neoplasia.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;
- Copia della prescrizione medica

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 350,00 per iscritto



15. Responsività alla chemioterapia

L'esame è uno strumento utile per predire il buon funzionamento delle cure antitumorali e la risposta del nostro sistema immunitario contro i tumori.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;
- Copia della relazione e prescrizione del centro clinico dove il paziente è in chemioterapia

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per iscritto.



16. Terapia sclerosante per capillari e varici

Trattamento medico adatto a risolvere i problemi dati dalle **piccole insufficienze venose** come varici (vene varicose), teleangectasie e venule reticolari che consiste nell'iniezione nel vaso sanguigno interessato di una specifica soluzione (liquida o in mousse) che provoca una reazione infiammatoria localizzata (flebite chimica). L'esito finale della sclerosante è la chiusura del capillare e la sua scomparsa o riduzione.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;
- Copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico con patologia o presunta tale che abbia reso necessaria la prestazione stessa.

Non verranno rimborsate altre modalità (laser, intervento chirurgico etc)

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00, in unica soluzione, per iscritto.



17. Polisonnografia

La polisonnografia, è un'indagine diagnostica eseguita durante il sonno, per valutare le condizioni di un paziente mentre dorme; con questo test è possibile effettuare una diagnosi accurata fondamentale per un corretto approccio terapeutico ai diversi disturbi del sonno e non solo.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura) dalla quale si evinca la prestazione effettuata;

- Copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico con patologia o presunta tale che abbia reso necessaria la prestazione stessa.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 100,00 per iscritto.

18. Parrucca per pazienti oncologici

Per migliorare il benessere psicologico e la qualità di vita di tutti i pazienti oncologici sottoposti a trattamento di chemioterapia il fondo rimborsa l'acquisto o il noleggio di ogni tipologia di parrucca.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

- Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca il prodotto acquistato o noleggiato;
- Certificazione della patologia e della terapia che ne è stata la causa.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per iscritto.

19. Come chiedere un rimborso

L'Iscritto dovrà accedere alla propria AREA RISERVATA sul sito www.fondofast.it, previa registrazione e caricare tutta la documentazione necessaria al rimborso.

Le procedure di rimborso verranno effettuate dal Fondo con cadenza mensile direttamente sul conto corrente dell'iscritto.

20. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario salvo quanto previsto al punto "Neonati";
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti
- nevrotici ad accezione di quanto previsto al punto "Visite specialistiche" del Piano sanitario, riferito alle visite psichiatriche e successivo ciclo di sedute;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti "Prestazioni di implantologia" e "Prestazioni odontoiatriche particolari" del Piano sanitario;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
- le cure, gli interventi e gli accertamenti finalizzati al trattamento dell'infertilità e quelli relativi alla fecondazione artificiale, salvo quanto previsto al punto "Trattamenti di PMA" del Piano sanitario;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;

- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

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

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

21. Alcuni chiarimenti importanti

21.1. Estensione territoriale

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

21.2. Limiti di età

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza successiva al compimento di tale età da parte dell'iscritto.

21.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

Qualora Il Fondo FAST dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa dovrà venire trasmessa Fondo FAST - Via Toscana, 1 – 00187 Roma, altrimenti tutte le voci di spesa e relativi altri documenti necessari al rimborso verranno gestiti tramite area riservata per la lavorazione del sinistro.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita insieme ad altre necessaria documentazione. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

Per le prestazioni in via sperimentale l'invio della documentazione per il rimborso deve coincidere con il termine ultimo della sperimentazione.

Nomenclatore ad erogazione Unisalute

1. Benvenuto

La "Guida al Piano sanitario" è un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti da Fondo Fast

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

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il capitolo 3 della presente Guida.

2. Come utilizzare le prestazioni del piano

2.1. Se segni una struttura convenzionata

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

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.fondofast.it nell'Area Riservata dipendenti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata dal Fondo Fast**, **attraverso Unisalute**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia o del quesito diagnostico e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. Per quesito diagnostico si intende la diagnosi già accertata o sospettata, oppure il sintomo prevalente che deve essere riportato sulla richiesta di esami o visite mediche.

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

Importante
Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST. Utilizza la funzione di Prenotazione sul sito www.fondofast.it nell'Area Riservata dipendenti, è comodo e veloce!

2.2. Se segni una struttura non convenzionata

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

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

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

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

- Compila i campi richiesti dalla tua area riservata sul sito www.fondofast.it

- in caso di **ricovero per intervento chirurgico**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero per intervento chirurgico**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

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

- per t**utte le altre prestazioni**, copia della prescrizione contenente la patologia o il quesito diagnostico, da parte del medico curante. Per quesito diagnostico si intende la diagnosi già accertata o sospettata, oppure il sintomo prevalente che deve essere riportato sulla richiesta di esami o visite mediche;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanziamento e la specifica della prestazione svolta.

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

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

2.3. Se segni il Servizio Sanitario Nazionale

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

Valutazione indennità sostitutiva in 20 giorni

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

3. Servizi online e mobile

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Sul sito **www.fondofast.it** all'interno dell'Area Riservata dipendenti puoi:

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

3.1. Come faccio a registrarmi al sito www.fondofast.it per accedere ai servizi nell'Area Riservata dipendenti?

Nella home page del sito www.fondofast.it, cliccando su "Registrazione dipendenti" procedi ad una nuova registrazione. Al momento della registrazione ti verrà inviata una mail di conferma con le credenziali di accesso per la tua area riservata.

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

Attraverso la tua area riservata su www.fondofast.it puoi prenotare presso le strutture convenzionate accedendo alla funzione "Prenotazione visite/esami".

In base alle tue esigenze puoi:

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

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

3.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS
Ricevi conferma dell'appuntamento fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento;
comunicazione dell'autorizzazione ad effettuare la prestazione;
richiesta del codice IBAN, se mancante;
conferma dell'avvenuto rimborso.

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

Entra nell' area riservata, accedi alla sezione "Crea pratica" e seleziona la funzione di interesse.

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

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

Direttamente dalla tua ara riservata puoi controllare tempestivamente lo stato della tua pratica cliccando su "Estratto conto".

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

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

3.6. 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 a**ccedi all'area "Prestazioni e strutture convenzionate".**

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

3.7. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

4. Le persone per cui è operante la copertura

Il Piano sanitario è prestato a favore dei dipendenti delle aziende che applicano il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del settore Turismo, iscritti a Fondo Fast, nel rispetto di quanto indicato nel proprio regolamento.

5. Le prestazioni del piano sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano Sanitario per le seguenti prestazioni:

- RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CHIRURGICO/DAY SURGERY, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO 8)
- DIAGNOSTICA DI IMMAGINE: RADIOLOGIA TRADIZIONALE
- VISITE SPECIALISTICHE
- PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI
- TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI
- PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA
- AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI)
- PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)
- PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)
- SERVIZIO MONITOR SALUTE
- SERVIZI DI CONSULENZA

5.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital/day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale (intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 8)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tali uno di quelli elencati al successivo punto 8, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 60 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento Chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 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 non convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST. Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del **10%** a carico dell'Iscritto, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione, fermo restando le limitazioni previste alle singole coperture.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura **dell'80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 2.000,00 per intervento**, fermo restando le limitazioni previste alle singole coperture. Il rimborso avverrà nel limite di un sottolimite di € 8.000,00 per ciascun intervento effettuato, entro il limite di spesa annuo complessivo dell'area ricovero.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Qualora in una **struttura convenzionata da UniSalute per il Fondo FAST, venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato**, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST (quindi nella misura dell'80% con l'applicazione del minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con un plafond di € 8.000,00 per intervento).

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con medici convenzionati da UniSalute per il Fondo FAST. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata con medici convenzionati, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

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

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

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

5.1.1. Trasporto sanitario

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

5.1.2. Day hospital chirurgico/day surgery

Per interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo punto 8.

Nel caso di day-hospital chirurgico/day surgery, Fondo FAST attraverso Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital/day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

5.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale

Per interventi chirurgici ambulatoriali si intendono quelli elencati al successivo punto 8.

Fondo FAST attraverso Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital/day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

5.1.4. Neonati

Fondo FAST, attraverso Unisalute, provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

5.1.5. Indennità sostitutiva

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connesso, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per i primi **30** giorni di ricovero. Dal **31°** giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **100** giorni per ricovero.

Come già detto, 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 gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

5.1.6. Il limite di spesa annuo per l'area ricovero per intervento chirurgico, day hospital/day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 90.000,00** per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di usufruire di ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che dovessero accadere nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

5.2. Diagnostica di immagine: Radiologia tradizionale

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

Radiologia convenzionale (senza contrasto)
• Esami radiologia apparato osteoarticolare (rientrano gli rx colonna vertebrale)
• Mammografia / Mammografia bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia quindi sarà corretta anche la prescrizione con indicato "controllo" o "prevenzione" o ancora altro)
• Ortopanoramica
• Rx di organo apparato
• Rx Endorali
• Rx esofago
• Rx esofago esame diretto
• Rx tenue seriato
• Rx tubo digerente
• Rx tubo digerente prime vie
• Rx tubo digerente seconde vie
• Stratigrafia
Radiologia convenzionale (con contrasto)
• Angiografia
• Clisma opaco e/a doppio contrasto
• Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
• Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
• Urografia
• qualsiasi esame contrastografico dell'apparato digerente

Diagnostica per immagini (ecografie)
• Ecografia mammaria
• Eco addome superiore e inferiore
• Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
• Ecografia prostatica anche transrettale
Ecocolordopplergrafia
• Ecodoppler cardiaco compreso color
• Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
• Ecocolordoppler aorta addominale
• Ecocolordoppler tronchi sovraortici
• Ecocolordoppler tiroide
Alta diagnostica per immagini
• Angio tc
• Angio tc distretti eso o endocranici
• Tc spirale multistrato alta definizione
• T.c. con e senza mezzo di contrasto
• Cine rm cuore
• Angio rm con contrasto
• Rmn con e senza mezzo di contrasto
• Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo-distretto- apparato
• Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocrdioscintigrafia)
• Tomoscintigrafia SPET miocardia
• Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
Diagnostica strumentale e specialistica
• Elettromiografia
• Campimetria
• Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
• Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
• Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
• Elettroencefalogramma
• Elettroretinogramma

- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Ph metria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Coronarografia
- Ecografia endovascolare
- Esame urodinamico
- Fluoroangiografia oculare

Biopsie

- Tutte

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscpia diagnostica

Le endoscopie operative si intendono erogate con un sottolimite rispetto a quello della "Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale" di **€ 2.000,00** per anno associativo e per persona.

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

La laserterapia a scopo fisioterapico si intende erogata con un sottolimite rispetto a quello della "Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale" di € 200,00 per anno associativo e per persona.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia o il quesito diagnostico. Non verranno rimborsate prestazioni prescritte per "controllo, accertamenti, follow-up "o similari.

- In caso di utilizzo di strutture non convenzionate

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 55,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia o il quesito diagnostico. Non verranno rimborsate prestazioni prescritte per "controllo, accertamenti, follow-up "o similari.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 6.000,00 per Iscritto.

5.3. Visite specialistiche

Il Fondo FAST, attraverso Unisalute, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 2, rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia e successivamente un ciclo di psicoterapia da parte di soggetti abilitati secondo la legge vigente, di un massimo di 6 sedute.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 15,00** per ogni visita specialistica che dovrà essere versata alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia o il quesito diagnostico. Non verranno rimborsate prestazioni prescritte per "controllo, accertamenti, follow-up "o similari.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 700,00 per Iscritto.

5.4. Protesi/Ausili medici ortopedici

Il Fondo FAST, attraverso Unisalute, rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche. Rientrano in copertura anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali:

carrozzelle, tripodi, plantari, calzature ortopediche, cavigliere, busti e corsetti ortopedici, ginocchiere ed ogni dispositivo elastomerico e/o di trazione sempre appositamente prescritti e con indicazione della motivazione.

Per poter ottenere il rimborso sarà necessario inviare copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e degli ausili ortopedici con l'indicazione della patologia.

Sarà inoltre necessario inviare copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato e noleggiato.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** per fattura.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.500,00 per Iscritto.

5.5. Trattamenti fisioterapici

La disponibilità annua per il complesso delle prestazioni di cui ai punti "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante" corrisponde a € 350,00 per Iscritto. È previsto un sottolimite di € 250,00 per l'agopuntura.

5.5.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate

Il Fondo FAST, attraverso Unisalute, provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, in cui venga indicato il trattamento fisioterapico da eseguire.

Qualora la certificazione non riporti il trattamento fisioterapico da fare, la prestazione può essere erogata anche in presenza di una prescrizione medica di uno specialista a valenza di un massimo di 7 giorni a partire dalla data indicata dal certificato di Pronto Soccorso.

Sono inoltre comprese le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) solo esclusivamente a fini riabilitativi, sempre che siano prescritti da medico "di base" o specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Tale prestazione è operante anche per patologie particolari quali:

- Ictus cerebrale;
- Forme neoplastiche;
- Forme neurologiche degenerative o neuro miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, Alzheimer, morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica, Morbo di Huntington.

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

La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% per fattura.

5.5.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante

Il Fondo FAST, attraverso Unisalute, provvede al pagamento delle spese per i **trattamenti fisioterapici, a seguito di patologia temporaneamente invalidante** come da elenco sottostante, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Elenco delle patologie in seguito alle quali è prevista la copertura:

- Malattie cardiovascolari temporaneamente invalidanti
- Malattie neurologiche temporaneamente invalidanti
- Interventi di protesizzazione temporaneamente degli arti
- Fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST**

Le spese per le prestazioni effettuate vengono liquidate direttamente dal Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture medesime senza applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto.

5.6. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano", al punto 3, Il Fondo FAST provvede al pagamento delle prestazioni di implantologia dentale.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

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

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture Convenzionate.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.500,00 per Iscritto.
Viene previsto un sottolimite annuo di € 1.100,00 per Iscritto nel caso di applicazione di due impianti e un sottolimite annuo pari a € 600,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità associativa, dopo l'applicazione di un impianto, si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimite di **€ 1.100,00** al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

5.7. Avulsione (estrazione denti)

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Fondo FAST, attraverso Unisalute, provvede al pagamento di prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l’anno.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie, i referti radiografici e l’ortopanoramica precedenti e successivi l’effettuazione della prestazione.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l’Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST.

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture Convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato l’importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall’Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 250,00 per Iscritto.
Viene previsto un sottolimite annuo di € 60,00 a dente.

5.8. Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione)

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Fondo FAST attraverso Unisalute, provvede al pagamento nella misura del **70%** del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l’anno in s**trutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto” sotto indicate sono nate per monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

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

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

5.9. Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)

Il Fondo FAST provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate **effettuate in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni previste nate per monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Tutti i pacchetti scelti per l’anno in corso devono essere effettuati in un’unica soluzione.

a) **PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**
Prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta all'anno:
i) **Diagnostica ematochimica caratterizzata da:**
1) Esame emocromocitometrico completo
2) Velocità di eritrosedimentazione (VES)
3) Glicemia
4) Azotemia (Urea)
5) Creatininemia
6) Colesterolo Totale e colesterolo HDL
7) Esame delle urine
8) Trigliceridi
9) Gamma GT
10) PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
11) PT (Tempo di protrombina)
ii) **Indagini specifiche:**
1) Visita specialistica cardiologica
iii) **Indagini specifiche per uomini di età superiore a 50 anni:**
1) PSA (Specifico antigene prostatico)
b) **PREVENZIONE ONCOLOGICA**
i) **Prevenzione oncologica annuale per donne di età superiore a 40:**
1) Visita specialistica ginecologica con Pap test
ii) **Prevenzione oncologica biennale per donne di età superiore a 40:**
1) Esame mammografico

5.10. Servizio Monitor Salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da Fondo FAST tramite UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni.

Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" sul sito www.fondofast.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Iscritto, seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali; sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Iscritto al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, il Fondo FAST attraverso SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Iscritto.

Il Fondo FAST, attraverso Unisalute e il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Iscritto avrà inoltre a disposizione un limite di spesa aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nel punto "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800-169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800-244262. copertura è prestata per l'intera annualità associativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

5.10.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati al punto "Servizio Monitor Salute", il Fondo FAST provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sotto indicate.

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

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno importo a carico dell'Iscritto.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno importo a carico dell'Iscritto.

- **Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 50,00 per Iscritto.

5.11. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-016639** (dall'estero prefisso internazionale dell'Italia +39 0516389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) **Informazioni sanitarie telefoniche**

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

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

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST.

c) **Pareri medici immediati**

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

6. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il Piano Sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario, salvo quanto previsto al punto "Neonati";
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, ad accezione di quanto previsto al punto "Visite specialistiche";
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti "Prestazioni di implantologia", "Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (senza successiva applicazione di impianti" e "Prestazioni odontoiatriche particolari";
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
10. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
12. 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;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
15. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

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

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

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

7. Alcuni chiarimenti importanti

7.1. Estensione territoriale

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

7.2. Limiti di età

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età da parte dell'iscritto.

7.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST**

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

Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

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

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc..) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

8. Elenco interventi chirurgici

NEUROCHIRURGIA
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o Extramidollari)
• Asportazione tumori dell'orbita
• Interventi di cranioplastica
• Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
• Interventi sul plesso brachiale
• Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
• Intervento per ernie del disco lombo sacrali
CHIRURGIA GENERALE
• Ernia Femorale
• Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
• Nodulectomia mammaria
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare
• Calazio
• Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
• Intervento per distacco della retina
• Interventi chirurgici per glaucoma
• Intervento per la correzione della miopia grave (in caso di anisometropia pari o superiore a 4 diottrie e in caso di deficit visivo pari o superiore a 7,25 diottrie per ciascun occhio) – Massimale annuo 1000€
OTORINOLARINGOIATRIA
• Asportazione di tumori maligni di tutti i distretti di competenza otorinolaringoiatrica
• Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per poliposi nasali

CHIRURGIA DEL COLLO

- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con o senza linfoadenectomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale
- Intervento chirurgico per enfisema bolloso

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia
- Safenectomia della grande safena
- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica

- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomia
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica
- Colecistectomia qualsiasi tecnica
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Intervento per prolasso rettale

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Prostatectomia sottocapsulare
- Varicocele in microchirurgia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenctomia

• Isterectomia totale con eventuale annessectomia
• Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
• Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
• Interventi per endometriosi
• Miomectomia per via vaginale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
• Interventi per sindrome del tunnel carpale
• Intervento per dito a scatto
• Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
• Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
• Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
• Interventi di stabilizzazione vertebrale
• Interventi per costola cervicale
• Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
• Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
• Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
• Interventi sul ginocchio in artroscopia
• Meniscectomia in artroscopia
• Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
• Riparazione cuffia dei rotatori ed acromionplastica spalla
CHIRURGIA MAXILLO –FACCIALE
• Interventi di chirurgia oro-maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

Nomenclatore ad erogazione Sanimpresa (dipendenti di Roma e provincia)

1. Benvenuto

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

I servizi online offerti da Fondo Fast

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

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il capitolo 3 della presente Guida.

2. Come utilizzare le prestazioni del piano

2.1. Se segni una struttura convenzionata

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

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.fondofast.it nell'Area Riservata dipendenti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata dal Fondo Fast**, **attraverso Unisalute**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia o del quesito diagnostico e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. Per quesito diagnostico si intende la diagnosi già accertata o sospettata, oppure il sintomo prevalente che deve essere riportato sulla richiesta di esami o visite mediche.

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

Importante
Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST. Utilizza la funzione di Prenotazione sul sito www.fondofast.it nell'Area Riservata dipendenti, è comodo e veloce!

2.2. Se segni una struttura non convenzionata

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

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

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

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

- Compila i campi richiesti dalla tua area riservata sul sito www.fondofast.it
- in caso di **ricovero per intervento chirurgico**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero per intervento chirurgico**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

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

- per t**utte le altre prestazioni**, copia della prescrizione contenente la patologia o il quesito diagnostico, da parte del medico curante. Per quesito diagnostico si intende la diagnosi già accertata o sospettata, oppure il sintomo prevalente che deve essere riportato sulla richiesta di esami o visite mediche;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanziamento e la specifica della prestazione svolta.

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

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

2.3. Se segni il Servizio Sanitario Nazionale

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

Valutazione indennità sostitutiva in 20 giorni

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

3. Servizi online e mobile

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Sul sito **www.fondofast.it** all'interno dell'Area Riservata dipendenti puoi:

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

3.1. Come faccio a registrarmi al sito www.fondofast.it per accedere ai servizi nell'Area Riservata dipendenti?

Nella home page del sito www.fondofast.it, cliccando su "Registrazione dipendenti" procedi ad una nuova registrazione. Al momento della registrazione ti verrà inviata una mail di conferma con le credenziali di accesso per la tua area riservata.

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

Attraverso la tua area riservata su www.fondofast.it puoi prenotare presso le strutture convenzionate accedendo alla funzione "Prenotazione visite/esami".

In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;

- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.

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

3.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS
Ricevi conferma dell'appuntamento fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento;
comunicazione dell'autorizzazione ad effettuare la prestazione;
richiesta del codice IBAN, se mancante;
conferma dell'avvenuto rimborso.

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

Entra nell' area riservata, accedi alla sezione "Crea pratica" e seleziona la funzione di interesse.

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

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

Direttamente dalla tua ara riservata puoi controllare tempestivamente lo stato della tua pratica cliccando su "Estratto conto".

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

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

3.6. 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 a**ccedi all'area "Prestazioni e strutture convenzionate".**

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

3.7. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

4. Le persone per cui è operante la copertura

Il Piano sanitario è prestato a favore dei dipendenti di Roma e Provincia delle aziende che applicano il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del settore Turismo, iscritti a Fondo Fast, nel rispetto di quanto indicato nel proprio regolamento.

5. Le prestazioni del piano sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano Sanitario per le seguenti prestazioni:

- RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CHIRURGICO/DAY SURGERY, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO 8)
- DIAGNOSTICA DI IMMAGINE: RADIOLOGIA TRADIZIONALE
- VISITE SPECIALISTICHE
- PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI
- TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI
- PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA
- AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI)
- PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)
- PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)
- SERVIZIO MONITOR SALUTE
- SERVIZI DI CONSULENZA

5.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital/day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale (intendendo per tali quelli elencati al successivo punto 8)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tali uno di quelli elencati al successivo punto 8, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 60 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento Chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 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 non convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST. Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** a carico dell'Iscritto, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione, fermo restando le limitazioni previste alle singole coperture.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura **dell'80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 2.000,00 per intervento**, fermo restando le limitazioni previste alle singole coperture.

Il rimborso avverrà nel limite di un sottolimite di **€ 8.000,00** per ciascun intervento effettuato, entro il limite di spesa annuo complessivo dell'area ricovero.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Qualora in una **struttura convenzionata da UniSalute per il Fondo FAST, venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato**, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST (quindi nella misura dell'**80%** con l'applicazione del minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** e con un plafond di **€ 8.000,00** per intervento).

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con medici convenzionati da UniSalute per il Fondo FAST. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata con medici convenzionati, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

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

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

5.1.1. Trasporto sanitario

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

5.1.2. Day hospital chirurgico/day surgery

Nel caso di day-hospital chirurgico/day surgery, Fondo FAST attraverso Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital/day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

Per interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo punto 8.

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

5.1.3. Intervento chirurgico ambulatoriale

Per interventi chirurgici ambulatoriali si intendono quelli elencati al successivo punto 8.

Fondo FAST attraverso Unisalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital/day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

5.1.4. Neonati

Fondo FAST, attraverso Unisalute, provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

5.1.5. Indennità sostitutiva

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connesso, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per i primi **30** giorni di ricovero. Dal **31°** giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **100** giorni per ricovero.

Come già detto, 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 gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

5.1.6. Il limite di spesa annuo per l'area ricovero per intervento chirurgico, day hospital/day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 90.000,00** per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di usufruire di ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che dovessero accadere nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

5.2. Diagnostica di immagine: Radiologia tradizionale

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

Radiologia convenzionale (senza contrasto)
• Esami radiologia apparato osteoarticolare (rientrano gli rx colonna vertebrale)
• Mammografia / Mammografia bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia quindi sarà corretta anche la prescrizione con indicato “controllo” o “prevenzione” o ancora altro)
• Ortopanoramica
• Rx di organo apparato
• Rx Endorali
• Rx esofago
• Rx esofago esame diretto
• Rx tenue seriato
• Rx tubo digerente
• Rx tubo digerente prime vie
• Rx tubo digerente seconde vie
• Stratigrafia
Radiologia convenzionale (con contrasto)
• Angiografia
• Clisma opaco e/a doppio contrasto
• Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
• Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
• Urografia
• qualsiasi esame contrastografico dell’apparato digerente
Diagnostica per immagini (ecografie)
• Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecocolordopplergrafia
• Ecodoppler cardiaco compreso color
• Ecocolordoppler tiroide
Alta diagnostica per immagini
• Angio tc

- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato alta definizione
- T.c. con e senza mezzo di contrasto
- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo-distretto- apparato
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocrdioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardia
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale e specialistica

- Elettromiografia
- Campimetria
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettroencefalogramma
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Ph metria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Coronarografia
- Ecografia endovascolare
- Esame urodinamico
- Fluoroangiografia oculare

Biopsie

- Tutte

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa

- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscpia diagnostica

Le endoscopie operative si intendono erogate con un sottolimite rispetto a quello della "Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale" di € 2.000,00 per anno associativo e per persona.

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico

La laserterapia a scopo fisioterapico si intende erogata con un sottolimite rispetto a quello della "Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale" di **€ 200,00** per anno associativo e per persona.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 50,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia o il quesito diagnostico. Non verranno rimborsate prestazioni prescritte per "controllo, accertamenti, follow-up "o similari.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia o il quesito diagnostico. Non verranno rimborsate prestazioni prescritte per "controllo, accertamenti, follow-up "o similari.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 6.000,00 per Iscritto.

5.3. Visite specialistiche

Il Fondo FAST, attraverso Unisalute, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, **con l'esclusione delle seguenti**:

- visite specialistiche odontoiatriche e ortodontiche;
- visite specialistiche cardiologiche;
- visite specialistiche angiologiche;
- visite specialistiche urologiche;
- visite specialistiche senologiche.

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 2, rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia e successivamente un ciclo di psicoterapia da parte di soggetti abilitati secondo la legge vigente, di un massimo di 6 sedute.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 35,00** per ogni visita specialistica che dovrà essere versata alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia o il quesito diagnostico. Non verranno rimborsate prestazioni prescritte per "controllo, accertamenti, follow-up "o similari.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 700,00 per Iscritto.

5.4. Protesi/Ausili medici ortopedici

Il Fondo FAST, attraverso Unisalute, rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche. Rientrano in copertura anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali:

carrozzelle, tripodi, plantari, calzature ortopediche, cavigliere, busti e corsetti ortopedici, ginocchiere ed ogni dispositivo elastomerico e/o di trazione sempre appositamente prescritti e con indicazione della motivazione.

Per poter ottenere il rimborso sarà necessario inviare copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e degli ausili ortopedici con l'indicazione della patologia.

Sarà inoltre necessario inviare copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato e noleggiato.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** per fattura.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.500,00 per Iscritto.

5.5. Trattamenti fisioterapici

La disponibilità annua per il complesso delle prestazioni di cui ai punti "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante" corrisponde a € 350,00 per Iscritto. È previsto un sottolimite di € 250,00 per l'agopuntura.

5.5.1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate

Il Fondo FAST, attraverso Unisalute, provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, in cui venga indicato il trattamento fisioterapico da eseguire.

Qualora la certificazione non riporti il trattamento fisioterapico da fare, la prestazione può essere erogata anche in presenza di una prescrizione medica di uno specialista a valenza di un massimo di 7 giorni a partire dalla data indicata dal certificato di Pronto Soccorso.

Sono inoltre comprese le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) solo esclusivamente a fini riabilitativi, sempre che siano prescritti da medico "di base" o specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Tale prestazione è operante anche per patologie particolari quali:

- Ictus cerebrale;
- Forme neoplastiche;
- Forme neurologiche degenerative o neuro miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, Alzheimer, morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica, Morbo di Huntington.

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

La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% per fattura.

5.5.2. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante

Il Fondo FAST, attraverso Unisalute, provvede al pagamento delle spese per i **trattamenti fisioterapici, a seguito di patologia temporaneamente invalidante** come da elenco sottostante, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

Elenco delle patologie in seguito alle quali è prevista la copertura:

- Malattie cardiovascolari temporaneamente invalidanti
- Malattie neurologiche temporaneamente invalidanti
- Interventi di protesizzazione temporaneamente degli arti
- Fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST**

Le spese per le prestazioni effettuate vengono liquidate direttamente dal Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture medesime senza applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto.

5.6. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano", al punto 3, Il Fondo FAST provvede al pagamento delle prestazioni di implantologia dentale.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

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

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture Convenzionate.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.300,00 per Iscritto.
Viene previsto un sottolimite annuo di € 850,00 per Iscritto nel caso di applicazione di due impianti e un sottolimite annuo pari a € 450,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità associativa, dopo l'applicazione di un impianto, si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimite di **€ 850,00** al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

5.7. Avulsione (estrazione denti)

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo FAST, attraverso Unisalute, provvede al pagamento di prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie, i referti radiografici e l'ortopanoramica precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture Convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 250,00 per Iscritto.
Viene previsto un sottolimite annuo di € 60,00 a dente.

5.8. Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione)

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo FAST attraverso Unisalute, provvede al pagamento nella misura del **70%** del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta

l'anno in s**trutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

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

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

5.9. Servizio Monitor Salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da Fondo FAST tramite UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni.

Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" sul sito www.fondofast.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Iscritto, seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali; sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Iscritto al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, il Fondo FAST attraverso SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Iscritto.

Il Fondo FAST, attraverso Unisalute e il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Iscritto avrà inoltre a disposizione un limite di spesa aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nel punto "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800-169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato 800-244262. copertura è prestata per l'intera annualità associativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

5.9.1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati al punto "Servizio Monitor Salute", il Fondo FAST provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sotto indicate.

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

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FAST**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo FAST, per il tramite di Unisalute, alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno importo a carico dell'Iscritto.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno importo a carico dell'Iscritto.

- **Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 50,00 per Iscritto.

5.10. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-016639** (dall'estero prefisso internazionale dell'Italia +39 0516389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

d) **Informazioni sanitarie telefoniche**

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

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

e) **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 da UniSalute per il Fondo FAST.

f) **Pareri medici immediati**

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

6. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il Piano Sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario, salvo quanto previsto al punto "Neonati";
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, ad accezione di quanto previsto al punto "Visite specialistiche";
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti "Prestazioni di implantologia", "Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (senza successiva applicazione di impianti" e "Prestazioni odontoiatriche particolari";
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
10. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
12. 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;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
15. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

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

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

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

7. Alcuni chiarimenti importanti

7.1. Estensione territoriale

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

7.2. Limiti di età

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età da parte dell'iscritto.

7.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FAST**

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

Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

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

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc..) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

8. Elenco interventi chirurgici

NEUROCHIRURGIA
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o Extramidollari)
• Asportazione tumori dell'orbita
• Interventi di cranioplastica
• Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
• Interventi sul plesso brachiale
• Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
• Intervento per ernie del disco lombo sacrali

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia Femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulectomia mammaria

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Calazio
- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- Intervento per la correzione della miopia grave (in caso di anisometropia pari o superiore a 4 diottrie e in caso di deficit visivo pari o superiore a 7,25 diottrie per ciascun occhio) – Massimale annuo 1000€

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni di tutti i distretti di competenza otorinolaringoiatrica
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per poliposi nasali

CHIRURGIA DEL COLLO

- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con o senza linfoadenectomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia
- Safenectomia della grande safena
- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomia
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica
- Colecistectomia qualsiasi tecnica
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale

- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Prostatectomia sottocapsulare
- Varicocele in microchirurgia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenctomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Interventi per endometriosi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi sul ginocchio in artroscopia
- Meniscectomia in artroscopia
- Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
- Riparazione cuffia dei rotatori ed acromionplastica spalla

CHIRURGIA MAXILLO –FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro-maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%





FONDO EST. LA TUA SALUTE, IL NOSTRO OBIETTIVO.

Attraverso il rimborso delle spese mediche sostenute e con una presenza capillare di strutture sanitarie convenzionate, Fondo Est assiste i dipendenti delle aziende del Commercio, del Turismo, dei Servizi e dei settori affini.

fondoest.it

FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
Commercio Turismo Servizi e Settori Affini





FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
Commercio Turismo Servizi e Settori Affini

Il Fondo, costituito dalle parti sociali nel 2005, nasce in attuazione di un accordo recepito dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (C.C.N.L.) del Terziario e del Turismo. Successivamente, il suo raggio d'azione è stato esteso ad altri importanti comparti attraverso i relativi CCNL di settore: dalle Aziende Ortofrutticole e Agrumarie alle Aziende Farmaceutiche Speciali, dagli Impianti Sportivi alle Autoscuole, dalle Agenzie Funebri alla Distribuzione Moderna Organizzata, dai Fiori Recisi fino al Settore Assistenziale Socio-Sanitario, integrato a partire dal 1° gennaio 2023.

L'Ente – che riveste la natura giuridica di associazione non riconosciuta e opera senza fini di lucro – è sostenuto dalle organizzazioni datoriali e sindacali firmatarie dei suddetti accordi. Nello specifico, la compagine datoriale comprende Confcommercio-Imprese per l'Italia, Fipe, Fiavet, Federdistribuzione, Assofarm, FruitImprese, Confederazione Italiana dello Sport-Confcommercio Imprese per l'Italia, Confcommercio Salute Sanità e Cura, Unasca, Feniof e Ancef; la rappresentanza dei lavoratori è invece affidata alle sigle sindacali Filcams, Flai, Sic, Filt Cgil, Fisascat, Filt Cisl, Uiltucs, Uilcom Uil e Uiltrasporti.

Operativo dal 2006, il Fondo ha lo scopo primario di garantire ai lavoratori iscritti trattamenti di assistenza sanitaria integrativa al Servizio Sanitario Nazionale. Per conoscere nel dettaglio le prestazioni mediche garantite, è possibile consultare il Piano Sanitario ufficiale disponibile sul portale dell'Ente.

A chi si rivolge

Hanno diritto alle prestazioni di assistenza sanitaria tutte le lavoratrici e i lavoratori dipendenti a tempo indeterminato e gli apprendisti ai quali si applicano i C.C.N.L. dei settori sopra citati (Terziario distribuzione e servizi, Pubblici esercizi e ristorazione collettiva, Agenzie di viaggio e tour operator, Distribuzione moderna organizzata, Aziende Farmaceutiche Speciali, Aziende Ortofrutticole e Agrumarie, Impianti Sportivi, Autoscuole, Agenzie Funebri, Fiori Recisi e, dal 1° gennaio 2023, il Settore Assistenziale Socio-Sanitario).

Specifiche tutele sono inoltre previste per i contratti a termine:

- Per il solo C.C.N.L. delle **Aziende Ortofrutticole e Agrumarie**, l'accesso alle prestazioni è esteso anche ai dipendenti con contratto a tempo determinato di durata superiore a 5 mesi.
- In linea generale, ove espressamente previsto dal rispettivo C.C.N.L., è consentita l'iscrizione anche dei lavoratori dipendenti con contratto a tempo determinato di durata superiore a 3 mesi.

CCNL Previsti

- Terziario, distribuzione e servizi (codice CNEL H011)
- Distribuzione moderna organizzata (DMO)
- Pubblici esercizi, ristorazione collettiva e commerciale e turismo (codice CNEL H05Y)
- Imprese di viaggi e turismo / Tour Operator (codice CNEL H04Y)
- Aziende ortofrutticole ed agrumarie (codice CNEL H341)
- Aziende farmaceutiche speciali (codice CNEL H124)

- Impianti e attività sportive profit e no profit (codice CNEL H077)
- Autoscuole e studi di consulenza automobilistica
- Imprese esercenti attività funebre
- Fiori recisi
- Settore assistenziale socio-sanitario (attivo dal 1° gennaio 2023)

Personale interessato:

- Lavoratori con contratto a tempo indeterminato (pieno o parziale).
- Apprendisti.
- Lavoratori a tempo determinato solo se previsto dal singolo CCNL (ad esempio, con durata iniziale superiore a 3 o 5 mesi a seconda del settore, come per turismo e ortofrutticoli).
- **Esclusi**:
- Dirigenti e Quadri
- Titolari d'azienda, soci e collaboratori non subordinati.
- Per i giornalisti con specifici contratti, è prevista un'opzione per la Casagit (salvo inserimento nelle liste dipendenti per Fondo Est).

Contribuzione

- **Terziario, Distribuzione e Servizi (H011) / Distribuzione Moderna Organizzata (H008):** Il contributo complessivo è di **€ 15 al mese** (€ 13 a carico del datore di lavoro e € 2 a carico del dipendente).
- **Pubblici Esercizi e Ristorazione Collettiva (H05Y):** Il contributo è di **€ 12 al mese** totalmente a carico del datore di lavoro.
- **Agenzie di Viaggio e Turismo (H04Z):** Il contributo complessivo è di **€ 12 al mese** (€ 10 a carico del datore di lavoro e € 2 a carico del dipendente).
- **Altri settori:** In molti altri CCNL (come servizi o attività specifiche), la quota ordinaria è generalmente di **€ 12 al mese** (di cui € 10 a carico dell'azienda e € 2 a carico del lavoratore), oppure interamente a carico dell'azienda nei casi previsti dagli accordi di categoria.

Sanimpresa (dipendenti Roma e provincia): Il contributo complessivo è di **€ 14 al mese** a carico dell'azienda

Operatività

Pacchetto maternità, visite specialistiche, diagnostica, ticket sanitario per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, chemioterapia, radioterapia e dialisi, lenti e occhiali, fisioterapia, pacchetti di riabilitazione e controllo, agopuntura, presidi e ausili medici ortopedici, invalidità, ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o grave evento morboso, ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia. accertamenti diagnostici odontoiatrici, ortodonzia, implantologia, avulsione, prevenzione odontoiatrica, prevenzione

Sanimpresa per dipendenti di Roma e provincia: ricovero con intervento chirurgico, day hospital chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale, parto cesareo, ospedalizzazione domiciliare, cure oncologiche, prestazioni diagnostiche particolari (dai 60 anni), stati di non autosufficienza consolidata/permanente, fisioterapia domiciliare, monitor salute, sisereno

Per i figli: Lenti e occhiali, area diagnostica specialistica, ticket sanitario per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, visite specialistiche, ortodonzia, prevenzione

Per i coniugi e conviventi di fatto: Area diagnostica specialistica, ticket sanitario per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, visite specialistiche, accertamenti diagnostici odontoiatrici, ortodonzia, implantologia, avulsione, prevenzione odontoiatrica, prevenzione

Contatti utili: Numero Fondo Est 06 510311 - info@fondoest.it

Numero UniSalute 051 4185748

Numero EMVA (dipendenti che prestano lavoro presso aziende con sede operativa nella provincia di Bolzano) 0471 059056

Numero Sanimpresa per area ricovero 800 016631

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Pacchetto maternità	Indiretta	Nessuno	• Max € 1.000,00 per evento • Diaria parto: € 80,00/notte (max 7 notti)	Comprende ecografie, analisi, diagnostica prenatale e visite ginecologiche. Prestazioni post-parto escluse dal pacchetto.
Visite specialistiche	Diretta SSN	Diretta: Franchigia di € 20,00 per ogni visita SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 700,00	Prescrizione medica obbligatoria con patologia (presunta o accertata).
Diagnostica	Diretta SSN	Diretta: Franchigia di € 20,00 per ogni prestazione SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 6.000,00	Include radiologia, ecografie, TC, RM, PET, scintigrafie, endoscopie, biopsie. Prescrizione medica obbligatoria con patologia (presunta o accertata).
Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso	SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 500,00	Copre esami ematochimici e ticket di pronto soccorso non inclusi nell'area diagnostica. Prescrizione medica obbligatoria con patologia (presunta o accertata).
Chemioterapia, radioterapia e dialisi	Indiretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 6.000,00	Include equipe medica, farmaci chemioterapici antineoplastici e prestazioni correlate. Certificazione e prescrizione medica obbligatorie.
Lenti e occhiali	Indiretta	Nessuno	€ 90,00 per fattura ogni 36 mesi	Solo per difetti visivi (esclusa la sola montatura ed escluse finalità estetiche). Prescrizione oculista (o ottico solo per difetti da vicino).
Fisioterapia	Indiretta	Sottomassimali specifici per singola seduta (es. tecarterapia € 26,00; ultrasuoni € 10,00, ecc.)	Disponibilità annua: € 500,00	Riservata a infortuni (certificati da PS entro 48h) o patologie specifiche (es. ictus, neoplasie, ernie discali, SLA, ecc.). Esclusi studi estetici, chiropratici, osteopati.
Pacchetti di riabilitazione e controllo	Indiretta	Sottomassimali specifici per singola seduta (es. tecarterapia € 26,00; ultrasuoni € 10,00, ecc.)	Disponibilità annua: € 500,00	Pacchetto 1: patologie osteoarticolari Pacchetto 2: Riabilitazione Post Partum (entro 6 mesi dal parto) Pacchetto 3: Post Menopausa
Agopuntura	Indiretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 250,00	Effettuata esclusivamente da medico chirurgo a fini antalgici (terapia del dolore).

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Presidi e ausili medici ortopedici	Indiretta (acquisto/ noleggio)	Scoperto del 20% a carico dell'iscritto	Disponibilità annua: € 3.000,00 (max 2 acquisti all'anno per tipologia)	Prescrizione medica con indicazione della patologia. Escluse calzature di serie ed elettromedicali.
Invalidità (Plafond Una Tantum)	Indiretta	Nessuno	• € 6.000,00 per invalidità 80%-90% • € 8.000,00 per invalidità 91%-100%	Copre spese sanitarie, fisioterapia, ausili, supporto psicologico, colf/badanti e trasporto sanitario.
Ricovero per Intervento Chirurgico / Grave Evento Morboso	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta • SANIMPRESA (Roma e Prov.): Integrazione Ricoveri/Day Hospital/ Parto Cesario	• UniSalute: Nessuno • EMVA: Scoperto 15% • SANIMPRESA: Scoperto € 2.000	• UniSalute/EMVA: Massimale annuo area ricovero: € 90.000,00 • SANIMPRESA: Massimale annuo area ricovero; €50.000	Comprende pre e post-ricovero, degenza, onorari medici, assistenza e diarie da ricovero. Per Roma e Provincia, Sanimpresa gestisce la copertura integrativa delle diarie e dei rimborsi.
Indennità Sostitutiva Ricovero	SSN	Nessuno	•UniSalute/EMVA: € 80,00/notte (primi 30 giorni) •UniSalute/EMVA: € 100,00/notte dal 31° al 100° giorno (max 100 giorni) • SANIMPRESA: €60,00 al giorno (max 30 giorni)	Spetta in caso di ricovero con pernottamento se non viene richiesto alcun rimborso al Fondo per il ricovero.
Accertamenti Diagnostici Odontoiatrici	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta SSN • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta SSN	UniSalute Diretta: Franchigia di € 35,00 per ogni prestazione SSN: Nessuno EMVA Indiretta: Erogabile max € 40,00 per prestazione SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 400,00	Include Ortopantomografia, RX endorali, Dentalsacan. Prescrizione dentista obbligatoria.
Ortodonzia	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta SSN • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta SSN	UniSalute Diretta: Nessuno SSN: Nessuno EMVA Indiretta: Nessuno SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 700,00	
Implantologia	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 5.100,00 per iscritto • Sottolimite 5 impianti: € 4.300,00 • Sottolimite 4 impianti: € 3.800,00 • Sottolimite 3 impianti: € 3.30,00 • Sottolimite 2 impianti: € 2.200,00 • Sottolimite 1 impianti: € 1.100,00	Copre impianti osteointegrati, corone fisse, elemento provvisorio e perno moncone. Necessarie radiografie pregresse.
Avulsione	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta	Nessuno	Massimo 4 estrazioni all'anno EMVA: Massimale annuo: € 400,00 per iscritto	Necessaria produzione di radiografie e referti precedenti alla prestazione.

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Prestazioni odontoiatriche particolari	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta	UniSalute: Scoperto 25% EMVA: Scoperto 25%	Massimo una volta l'anno EMVA: Massimale annuo: € 80,00 per iscritto	Da effettuare in un'unica soluzione.
Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta	Nessuno (coperto al 100%)	1 volta all'anno (Cardiovascolare); 1 volta ogni 2 anni (Oncologico uomo >45 anni / donna >35 anni) EMVA: Massimale annuo: varia a seconda del pacchetto eseguito (es. cute € 100, cardiovascolare € 120 ecc)	Protocolli fissi comprensivi di esami del sangue/urine ed ECG, oltre a PSA/ecografia prostatica per uomo o visita ginecologica/Pap-test per donna ecc.
FIGLI - Lenti e occhiali	Indiretta	Nessuno	€ 90,00 per fattura ogni 18 mesi	Solo per difetti visivi (esclusa la sola montatura ed escluse finalità estetiche). Prescrizione oculista.
FIGLI - Visite specialistiche	SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 700,00	Prescrizione medica obbligatoria con patologia (presunta o accertata).
FIGLI - Area diagnostica specialistica	SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 6.000,00	Include radiologia, ecografie, TC, RM, PET, scintigrafie, endoscopie, biopsie. Prescrizione medica obbligatoria con patologia (presunta o accertata).
FIGLI - Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso	SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 500,00	Copre esami ematochimici e ticket di pronto soccorso non inclusi nell'area diagnostica. Prescrizione medica obbligatoria con patologia (presunta o accertata).
FIGLI - Ortodonzia	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta	UniSalute Diretta: Nessuno EMVA Indiretta: Nessuno	Disponibilità biennio: € 350,00	
FIGLI - Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta	Nessuno (coperto al 100%)	1 volta all'anno EMVA: Massimale annuo: varia a seconda del pacchetto eseguito	Protocolli dedicati a determinate fasce d'età
CONIUGI/CONVIVENTI - Area diagnostica specialistica	SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 6.000,00	Include radiologia, ecografie, TC, RM, PET, scintigrafie, endoscopie, biopsie. Prescrizione medica obbligatoria con patologia (presunta o accertata).
CONIUGI/CONVIVENTI - Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso	SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 500,00	Copre esami ematochimici e ticket di pronto soccorso non inclusi nell'area diagnostica. Prescrizione medica obbligatoria con patologia (presunta o accertata).
CONIUGI/CONVIVENTI - Visite specialistiche	SSN	Nessuno	Disponibilità annua: € 700,00	Prescrizione medica obbligatoria con patologia (presunta o accertata).

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
CONIUGI/CONVIVENTI - Accertamenti diagnostici odontoiatrici	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta SSN • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta SSN	UniSalute Diretta: Franchigia di € 35,00 per ogni prestazione SSN: Nessuno EMVA Indiretta: Erogabile max € 40,00 per prestazione SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 400,00	Include Ortopantomografia, RX endorali, Dentalsacan. Prescrizione dentista obbligatoria.
CONIUGI/CONVIVENTI - Ortodonzia	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta SSN • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta SSN	UniSalute Diretta: Nessuno SSN: Nessuno EMVA Indiretta: Nessuno SSN: Nessuno	Disponibilità annua: € 700,00	
CONIUGI/CONVIVENTI - Implantologia	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 5.100,00 per iscritto • Sottolimite 5 impianti: € 4.300,00 • Sottolimite 4 impianti: € 3.800,00 • Sottolimite 3 impianti: € 3.30,00 • Sottolimite 2 impianti: € 2.200,00 • Sottolimite 1 impianti: € 1.100,00	Copre impianti osteointegrati, corone fisse, elemento provvisorio e perno moncone. Necessarie radiografie pregresse.
CONIUGI/CONVIVENTI - Avulsione	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta	Nessuno	Massimo 4 estrazioni all'anno EMVA: Massimale annuo: € 400,00 per iscritto	Necessaria produzione di radiografie e referti precedenti alla prestazione.
CONIUGI/CONVIVENTI - Prestazioni odontoiatriche particolari	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta	UniSalute: Scoperto 25% EMVA: Scoperto 25%	Massimo una volta l'anno EMVA: Massimale annuo: € 80,00 per iscritto	Da effettuare in un'unica soluzione.
CONIUGI/CONVIVENTI - Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)	• UniSalute (Nazionale tranne Bolzano): Diretta • EMVA (Provincia di Bolzano): Indiretta	Nessuno (coperto al 100%)	1 volta all'anno (Cardiovascolare); 1 volta ogni 2 anni (Oncologico uomo >45 anni / donna >35 anni) EMVA: Massimale annuo: varia a seconda del pacchetto eseguito (es. cute € 100, cardiovascolare € 120 ecc)	Protocolli fissi comprensivi di esami del sangue/urine ed ECG, oltre a PSA/ecografia prostatica per uomo o visita ginecologica/Pap-test per donna ecc.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Cure oncologiche	Diretta Indiretta SSN	Indiretta: Scoperto 30%	€ 10.000,00 annui per persona (massimale autonomo)	Include chemioterapia e radioterapia (sia in ricovero che extra ricovero), comprese visite e farmaci correlati.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Prestazioni Over 60	Diretta	Nessuno	1 volta l'anno	Include Visita psicologica e somministrazione test MODA per valutare disagi legati a malattie degenerative.

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Stati di Non Autosufficienza (LTC)	Indiretta Rimborso spese per l'impiego di una badante (riservato ai soli iscritti titolari)	Nessuno	€ 500,00 al mese per una durata massima di 10 anni	Per invalidità totale e permanente nell'effettuare almeno 3 su 4 atti quotidiani della vita. Richiede fascicolo medico-legale e certificazioni.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Fisioterapia Domiciliare	Indiretta	Nessuno	Disponibilità annua: € 2.000,00	Richiede certificato INPS attestante invalidità ≥ 70% e prescrizione medica mirata alla patologia.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - Monitor Salute	Diretta (da remoto)	Nessuno	Disponibilità annua: € 300,00 (extra budget per cronicità)	Monitoraggio di malattie croniche (diabete, ipertensione, BPCO) con invio di dispositivi medici e supporto specialistico.
DIPENDENTI ROMA E PROVINCIA - SiSereno (Psicoterapia Online)	Diretta (da remoto)	Tariffe agevolate per le sedute extra	1ª seduta interamente compresa in garanzia	Accessibile tramite area riservata e app UniSalute/SiSalute.

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Malattie mentali e disturbi psichici: sono escluse la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici.
- Finalità estetiche: sono escluse le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, fatte salve le eccezioni per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto.
- Infertilità e fecondazione: sono esclusi gli accertamenti e le cure/interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale (es. FIVET).
- Difetti fisici o malformazioni preesistenti: sono escluse le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- Azioni dolose o colpa grave: sono esclusi gli infortuni o le conseguenze causati da azioni dolose compiute dall'assicurato/avente diritto, o derivanti da tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse con dolo o colpa grave.
- Abuso di sostanze: sono esclusi i trattamenti per malattie conseguenti all'abuso di alcol, psicofarmaci o all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni (salvo chi dimostri di aver completato positivamente un percorso di disintossicazione documentato).
- Sport estremi o professionali: sono esclusi gli infortuni derivanti dall'esercizio professionale di qualsiasi sport, dalla pratica di sport aerei e di sport estremi/pericolosi (come motoristici, automobilistici, free-climbing, rafting e alpinismo estremo) e relative gare/prove.
- Professione intramuraria: le prestazioni erogate a pagamento dai medici negli ospedali pubblici (regime di intramoenia o libera professione intramuraria) non sono rimborsabili, tranne dove espressamente ammesso per specifiche garanzie.
- Lunga degenza e assistenza di terzi: sono esclusi i ricoveri causati dalla necessità di assistenza di terzi per gli atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri per lunga degenza (carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento).

- Altre cause di forza maggiore o ambientali: sono escluse le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici, nonché le conseguenze di trasmutazione del nucleo dell'atomo o esposizione a radiazioni ionizzanti.
- Medicine non ufficiali o sperimentali: sono escluse le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici.
- Personale non qualificato: sono escluse le visite e le prestazioni effettuate da personale sanitario non in possesso di specializzazioni o titoli riconosciuti dalla vigente legislazione.

Nomenclatore ad erogazione diretta Fondo Est

1. Pacchetto maternità

Le prestazioni inerenti alla maternità sono gestite direttamente da Fondo Est in forma rimborsuale e sono rivolte esclusivamente all'iscritta.

Le prestazioni previste saranno ammesse a rimborso se effettuate in strutture pubbliche e private.

SONO COMPRESE NELLA GARANZIA:

- Visite di controllo ostetrico ginecologiche;
- Visite specialistiche;
- Controlli ostetrici;
- Visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore;
- Ecografie ostetriche;
- Accertamenti diagnostici;
- Analisi di laboratorio clinico;
- Accertamenti specialistici finalizzati al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto;
- Indagini genetiche e indennità di parto.

VISITE DI CONTROLLO

È previsto il rimborso integrale delle visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia, dei controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all'apposito albo professionale, delle visite anestesiologiche in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore, e di tutte le visite specialistiche finalizzate al monitoraggio/controllo della salute della gestante e del feto, indipendentemente dalla tipologia di visita effettuata.

ECOGRAFIE

È previsto il rimborso di tutte le ecografie ostetriche.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

È previsto il rimborso integrale degli accertamenti diagnostici finalizzati al monitoraggio/controllo della salute della gestante e del feto, indipendentemente dalla tipologia di accertamento diagnostico effettuato.

ANALISI CLINICO CHIMICHE E INDAGINI GENETICHE

È previsto il rimborso delle spese sostenute per analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche), indagini genetiche (amniocentesi, villocentesi, translucenza nucale, test sul DNA fetale ecc.) ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto, riconosciuto dal Ministero della Salute.

Il massimale di rimborso relativo al Pacchetto Maternità ammonta a € 1.000,00 per evento gravidanza.

Ai fini del conteggio della durata della gravidanza vengono considerate la data dell'ultima mestruazione e la data del parto.

Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione UniSalute.

INDENNITÀ DI PARTO

In occasione del parto effettuato in strutture pubbliche o private, naturale o cesareo, è prevista un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 notti. L'Indennità è erogata con gli stessi criteri anche in caso di ricovero per aborto spontaneo, terapeutico o volontario e ai fini del rimborso vengono considerate le notti di ricovero.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della documentazione di spesa (fattura/ticket) dalla quale si evinca la prestazione effettuata.
2. Certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicazione della data dell'ultima mestruazione e la data presunta del parto.

Per l'indennità di parto è richiesto l'invio in copia della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto o per aborto spontaneo o terapeutico.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata (1 anno dalla data di dimissioni dal ricovero per l'indennità di parto).

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

2. Visite specialistiche

Le visite specialistiche vengono gestite direttamente da Fondo Est.

L'iscritto può avvalersi di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), di strutture private convenzionate da SiSalute per Fondo Est e di strutture direttamente convenzionate con Fondo Est ove presenti.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), può sostenere la prestazione e successivamente richiederne il rimborso caricando i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est".

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture convenzionate SiSalute per Fondo Est o di strutture direttamente convenzionate con Fondo Est ove presenti, è necessario ottenere l'autorizzazione alla prestazione seguendo una delle due modalità di seguito indicate:

- accedere all'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez." Prenota una prestazione presso una struttura convenzionata";
- contattare il numero 06 51 03 11 dal lunedì al venerdì.

Si ricorda che, per effettuare la prenotazione, l'Iscritto dovrà essere in possesso della prescrizione del medico indicante la patologia presunta o accertata.

Il Fondo liquida direttamente alla struttura convenzionata SiSalute per Fondo Est o alla struttura direttamente convenzionata con Fondo Est ove presente, il costo della prestazione, salvo una franchigia a carico dell'assistito di € 20,00 non rimborsabile dal Fondo.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 700,00.

Le visite sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

COME CHIEDERE LE PRESTAZIONI

Richiesta di rimborso Ticket SSN.

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata.
2. Copia del Ticket Sanitario con indicazione della prestazione sostenuta.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

PRESTAZIONI FRUITE PRESSO LE STRUTTURE CONVENZIONATE SISALUTE PER FONDO EST O STRUTTURE CONVENZIONATE DIRETTAMENTE CON FONDO EST OVE PRESENTI

L'Iscritto dovrà:

- accedere all'area MyFondoEst sul sito www.fondoest.it sez. "Prenota una prestazione presso una struttura convenzionata";

oppure

- contattare il numero 06 51 03 11 dal lunedì al venerdì.

In caso di prenotazione l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di SiSalute o di Fondo Est relativa al buon esito della prenotazione medesima.

L'assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Si ricorda che la visita odontoiatrica con ablazione del tartaro è erogabile nell'ambito della prevenzione odontoiatrica prevista nel piano sanitario di Fondo Est gestito da UniSalute. Questa dovrà essere prenotata tramite la Centrale Operativa al numero **051.4185748** o accedendo all'area MyFondoEst sul sito www.fondoest.it

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

3. Diagnostica

Le prestazioni di Diagnostica vengono gestite direttamente da Fondo Est.

L'iscritto può avvalersi di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), di strutture private convenzionate da SiSalute per Fondo Est e di strutture direttamente convenzionate con Fondo Est ove presenti.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), può sostenere la prestazione e successivamente richiederne il rimborso caricando i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est".

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture convenzionate SiSalute per Fondo Est o di strutture direttamente convenzionate con Fondo Est ove presenti, è necessario ottenere l'autorizzazione alla prestazione seguendo una delle due modalità di seguito indicate:

- accedere all'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Prenota una prestazione presso una struttura convenzionata";
- contattare il numero 06 51 03 11 dal lunedì al venerdì.

Si ricorda che, per effettuare la prenotazione, l'Iscritto dovrà essere in possesso della prescrizione del medico indicante la patologia presunta o accertata.

Il Fondo liquida direttamente alla struttura convenzionata SiSalute per Fondo Est o alla struttura direttamente convenzionata con Fondo Est ove presente il costo della prestazione, salvo una franchigia a carico dell'assistito di € 35,00 non rimborsabile dal Fondo.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 6.000,00.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

COME CHIEDERE LE PRESTAZIONI

Richiesta di rimborso Ticket SSN.

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata.
2. Copia del Ticket Sanitario con indicazione della prestazione sostenuta.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

PRESTAZIONI FRUITE PRESSO LE STRUTTURE CONVENZIONATE SISALUTE PER FONDO EST O STRUTTURE CONVENZIONATE DIRETTAMENTE CON FONDO EST OVE PRESENTI

L'Iscritto dovrà:

- accedere all'area MyFondoEst sul sito www.fondoest.it sez. "Prenota una prestazione presso una struttura convenzionata";

oppure

- contattare il numero 06 51 03 11 dal lunedì al venerdì.

In caso di prenotazione l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di SiSalute o di Fondo Est relativa al buon esito della prenotazione medesima.

L'assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

LE PRESTAZIONI COMPRESE NELL'AREA DIAGNOSTICA SONO:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)
• Esami radiologici apparato osteoarticolare;
• Mammografia monolaterale e bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica senza indicazione della patologia);
• RX colonna vertebrale in toto;
• RX di organo apparato;
• RX esofago;
• RX esofago esame diretto;
• RX tenue seriato;
• RX tubo digerente;
• RX tubo digerente prime vie;
• RX tubo digerente seconde vie.
Radiologia convenzionale (con contrasto)
• Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio);
• Artrografia;
• Cavernosografia;
• Cistografia/doppio contrasto;
• Cisturetrografia minzionale;
• Clisma opaco e/a doppio contrasto;
• Colangiografia;
• Colecistografia;
• Colpografia;

- Coronarografia (compreso eventuale ricovero in day hospital);
- Dacriocistografia;
- Defecografia;
- Esame urodinamico;
- Fistolografia;
- Flebografia;
- Fluorangiografia;
- Galattografia;
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia;
- Linfografia;
- Mammografia monolaterale e bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica senza indicazione della patologia);
- RX esofago con contrasto opaco/doppio contrasto;
- RX piccolo intestino con doppio contrasto;
- RX stomaco con doppio contrasto;
- RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo;
- RX tubo digerente completo compreso esofago con contrasto;
- Scialografia con contrasto;
- Uretrocistografia;
- Urografia;
- Vesciculodeferentografia.

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria;
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale;
- Ecografia prostatica anche transrettale;
- Ecografia addome superiore;
- Ecografia addome inferiore;
- Ecografia muscolo tendinea;
- Ecografia osteoarticolare;
- Ecografia parti molli;
- Ecografia tiroidea;
- Ecografia transrettale;

- Ecografia oculare;
- Ecografia cardiaca.

Ecocolordopplergrafia

- Ecodoppler cardiaco compreso color;
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori;
- Ecocolordoppler aorta addominale;
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici.

Tomografia computerizzata (TC)

- Angio TC;
- Angio TC distretti eso o endocranici;
- TC spirale multistrato (64 strati);
- TC con e senza mezzo di contrasto.
- OCT.

Risonanza magnetica (RM)

- Angio RM con contrasto;
- Cine RM Cuore;
- RMN con e senza mezzo di contrasto.

PET

- Tomografia ad emissione di positroni (PET) per organo-distretto-apparato.

Scintigrafia

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia);
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate;
- Tomoscintigrafia (SPET) cerebrale;
- Tomoscintigrafia SPET miocardica.

Diagnostica strumentale

- Campimetria;
- ECG dinamico con event recorder esterno;
- Elettrocardiogramma (ECG);
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter);
- Elettrocardiogramma (ECG) sotto sforzo;
- Elettroencefalogramma;

• Elettroencefalogramma (EEG) con privazione sonno;
• Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore;
• Elettromiografia (EMG);
• Elettroretinogramma;
• Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa;
• Pap – Test con esami microbiologici;
• Phmetria esofagea gastrica;
• Potenziali evocati;
• Spirometria;
• Tomografia mappa strumentale della cornea.
Biopsie
• Tutte.
Endoscopie diagnostiche ed operative
• Cistoscopia;
• Esofagogastroduodenoscopia;
• Isteroscopia (compreso eventuale ricovero in day hospital per l'isteroscopia operativa);
• Pancolonscopia;
• Rettoscopia;
• Rettosigmoidoscopia;
• Tracheobroncoscopia.

Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo garantirà la copertura sia dell'endoscopia diagnostica che dell'atto operatorio.

Rientrano in copertura anche le biopsie direttamente correlate all'esecuzione delle endoscopie previste dal piano.

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella;
- Emogasanalisi arteriosa;
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico;
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere (compreso eventuale ricovero in day hospital);

N.B.: Le prestazioni diagnostiche di natura odontoiatrica sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione UniSalute, nella specifica sezione ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

4. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Il rimborso dei Ticket SSN per accertamenti diagnostici e il rimborso dei Ticket SSN di Pronto Soccorso viene gestito direttamente da Fondo Est. Sono compresi in copertura tutti quegli accertamenti Diagnostici non indicati nell'area "Diagnostica".

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

Esempi di prestazioni che rientrano in copertura:

- Esami ematochimici (esami del sangue, delle urine e delle feci);
- Prelievi Microbiologici.

L'Iscritto può avvalersi delle strutture SSN (Servizio Sanitario Nazionale), sostenere la prestazione e successivamente richiederne il rimborso caricando i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est".

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 500,00.

COME CHIEDERE LE PRESTAZIONI

Richiesta di rimborso Ticket SSN.

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia della prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata.
2. Copia del Ticket Sanitario con indicazione della prestazione sostenuta.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

N.B.: non rientrano gli accertamenti diagnostici di natura odontoiatrica.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

5. Chemioterapia, radioterapia e dialisi

Il Fondo rimborsa integralmente entro il massimale annuo le spese per:

- Chemioterapia;
- Radioterapia;
- Dialisi.

In tali aree rientreranno tutte le voci di terapia, le prestazioni dell'equipe medica oncologica e ogni prestazione direttamente correlata alla somministrazione della terapia medesima (es. Posizionamento cateteri). Inoltre rientreranno i farmaci chemioterapici antineoplastici autorizzati alla vendita in Italia, rimborsabili nel rispetto del limite del massimale d'area.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della certificazione medica attestante la patologia per la quale viene effettuata la terapia.
2. Copia della prescrizione medica della terapia, con l'indicazione del numero di sedute.
3. Copia del documento di spesa, indicante le singole voci di dettaglio.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 6.000,00 per Iscritto.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

6. Lenti e occhiali

Fondo Est provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista. È possibile effettuare l'acquisto in qualsiasi esercizio commerciale.

Il rimborso viene concesso ogni 36 mesi, su una singola fattura per lenti o occhiali. Una nuova richiesta di rimborso potrà essere presentata solo al termine di questo periodo.

L'importo rimborsabile per fattura è di € 90,00.

COSA SI INTENDE PER MASSIMALE PER FATTURA?

Si intende che il contributo viene erogato una sola volta nei limiti di € 90,00 a fronte di un corrispettivo speso dall'Iscritto e documentato con fattura per l'acquisto di lenti, lenti a contatto e occhiali. L'acquisto della sola montatura non sarà ammesso a rimborso. In nessun caso il massimale potrà essere raggiunto sommando più richieste nel corso dei 36 mesi.

SUPERAMENTO DEL LIMITE DEI 36 MESI

Il rimborso potrà essere concesso prima che siano trascorsi 36 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata dal Fondo, nel caso in cui l'oculista (o l'ottico in caso di variazione del visus per difetto visivo isolato da vicino) certifichi una variazione di almeno 1,5 diottrie sferiche o cilindriche su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia.

In tal caso il Fondo concederà il rimborso, sempre che siano trascorsi almeno 12 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata.

In caso di variazione di 1,5 diottrie sferiche o cilindriche su singolo occhio, anche se non ancora trascorsi 36 mesi, verrà accordato il rimborso dopo 12 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata.

ALCUNI ESEMPI

Esempio 1

In caso di variazione di 1,5 diottrie sferiche o cilindriche sul singolo occhio per la stessa patologia indicata nella prima richiesta di rimborso presentata al Fondo, verrà accordato il rimborso anche se non sono ancora trascorsi 36 mesi dalla

precedente fattura, a meno che non sia già stata liquidata un'altra fattura nei 12 mesi precedenti la data della fattura della quale si sta chiedendo il rimborso.

In questo caso il termine dei 36 mesi decorre dalla data della fattura più recente rimborsata dal Fondo.

- 10/01/2017 Il sig. Mario Rossi acquista un occhiale per miopia e ne ottiene il rimborso dal Fondo Est nei successivi mesi;
- 10/10/2018 Il sig. Mario Rossi, a seguito di visita oculistica, acquista un nuovo paio di occhiali per miopia. La variazione riscontrata all'occhio dx è di 1,75 diottrie;
- Il signor Mario Rossi non ha richiesto il rimborso di altre fatture per lenti o occhiali nei 12 mesi precedenti la data della seconda fattura;
- Il signor Mario Rossi può presentare la richiesta di rimborso al Fondo perché la variazione riscontrata è maggiore o uguale di 1,50 diottrie e sono trascorsi più di 12 mesi dall'ultima fattura liquidata per lenti e occhiali.

Esempio 2

- 10/01/2017 Il sig. Mario Rossi acquista un occhiale per miopia e ne ottiene il rimborso da Fondo Est;
- 10/10/2018 Il sig. Mario Rossi, a seguito di visita oculistica, acquista un nuovo paio di occhiali per miopia. La variazione riscontrata all'occhio dx è di 0,75 diottrie;
- Il signor Mario Rossi non ha richiesto il rimborso di altre fatture per lenti o occhiali nei 12 mesi precedenti la data della seconda fattura;
- Il signor Mario Rossi non può ottenere il rimborso della fattura in quanto la variazione delle diottrie è inferiore a 1,50.

Esempio 3

- 10/01/2017 Il sig. Mario Rossi acquista un occhiale per miopia e ne ottiene il rimborso da Fondo Est;
- 11/01/2020 Il sig. Mario Rossi, a seguito di visita oculistica, acquista un nuovo paio di occhiali per miopia. La variazione riscontrata all'occhio dx è di 0,75 diottrie;
- Il signor Mario Rossi non ha richiesto il rimborso di altre fatture per lenti o occhiali nei 12 mesi precedenti la data della seconda fattura;
- Il signor Mario Rossi può ottenere il rimborso della fattura in quanto, nonostante la variazione non sia di almeno 1,50 diottrie, sono trascorsi 36 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata.

Non saranno ammessi a rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della prescrizione dell'oculista attestante le diottrie sferiche e/o cilindriche mancanti. La prescrizione dell'ottico sarà accettata solo in caso di difetto visivo isolato da vicino. Per le prescrizioni di lenti multifocali persiste l'obbligo della prescrizione dell'oculista. Saranno ritenute valide le prescrizioni rilasciate fino a 24 mesi antecedenti la data della fattura. Non saranno accettate prescrizioni emesse successivamente alla data di acquisto e prescrizioni di ortottici.
2. Copia della fattura attestante l'acquisto del presidio.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo all'acquisto del presidio.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

7. Fisioterapia

FISIOTERAPIA DA INFORTUNIO O PATOLOGIE PARTICOLARI

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi nei casi di seguito indicati, purché prescritti dal medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

1. Infortunio certificato entro le 48 ore dall'evento traumatico da Pronto Soccorso di ospedale o istituzione sanitaria organizzata che abbia effettuato il primo soccorso (es. clinica, casa di cura, ospedale privato). La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette dell'infortunio.
2. Particolari patologie:

2.1. Ictus cerebrale. La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia.

2.2. Neoplasie. La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia.

2.3. Forme degenerative encefaliche o midollari. La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia.

2.4. Sclerosi Laterale Amiotrofica.

2.5. Sclerosi Multipla.

2.6. Distrofia muscolare (Duchenne e Becker)

2.7. Amputazioni arti o segmento di arti

2.8. Protrusione ed ernie discali certificate dal referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e lombalgia da sovraccarico certificata da prescrizione medica. In caso di referti particolarmente vetusti il Fondo si riserva di chiedere documentazione aggiuntiva. La fisioterapia dovrà essere mirata alla risoluzione delle conseguenze dirette della patologia. In caso di soluzione chirurgica vertebrale per ernia discale, la fisioterapia sarà concessa per un massimo di 6 mesi dall'evento chirurgico certificato da documentazione medica attestante la data dell'intervento stesso.

Non rientrano in garanzia:

Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici, in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano.

Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi. Non è ammesso a rimborso il noleggio o l'acquisto di apparecchi elettromedicali anche se relativi a prestazioni fisioterapiche previste dal Piano.

Il massimale annuo per la garanzia Fisioterapia da infortunio o particolari patologie è di € 500,00 per il complesso delle prestazioni.

ESEMPI DI RIMBORSO:

1. Esempio 1

a. Fattura per 1 seduta di "Ginnastica correttiva" € 15,00

b. Come si rimborsa?

c. Importo massimo rimborsabile per seduta € 11,00 (vedi elenco).

Importo rimborsato: € 11,00

2. Esempio 2

a. Fattura per 10 sedute di “Ginnastica correttiva” € 200,00 + 10 sedute di

b. Chinesiterapia individuale € 250,00

c. Come si rimborsa?

d. Ginnastica correttiva (rimborso massimo per seduta € 11,00).

e. Importo rimborsato: € 110,00

f. Chinesiterapia individuale (rimborso massimo per seduta € 23,00).

g. Importo rimborsato: € 230,00

Totale rimborsato: € 340,00

Nel caso in cui l’assistito si avvalesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale di € 500,00 annui.

Le aree terapeutiche di fisioterapia utilizzate nel caso di rieducazione funzionale e riabilitazione per traumatismi o patologie ammesse a rimborso sono:

Prestazione	Costo per seduta
PRESTAZIONI DI ELETTROTERAPIA	**COSTO PER SEDUTA**
Elettroterapia/Elettrostimolazioni	€ 10,00
Ionoforesi	€ 10,00
Terapia antalgica transcutanea	€ 8,00
PRESTAZIONI DI IDROTERAPIA	**COSTO PER SEDUTA**
Idrochinesiterapia	€ 13,00
PRESTAZIONI DI MASSOTERAPIA	**COSTO PER SEDUTA**
Drenaggio linfatico manuale	€ 15,00
Massoterapia segmentaria per qualunque segmento	€ 19,00
PRESTAZIONI DI RIEDUCAZIONE FUNZIONALE E CHINESITERAPIA	**COSTO PER SEDUTA**
Chinesiterapia individuale (ogni tipo)	€ 23,00
Ginnastica correttiva	€ 11,00

Prestazione	Costo per seduta
Ginnastica medica (non a scopo estetico)	€ 16,00
Ginnastica propriocettiva	€ 8,00
Ginnastica respiratoria	€ 11,00
Ginnastica segmentaria	€ 11,00
Riabilitazione post-operatoria	€ 11,00
Riabilitazione post-traumatica	€ 11,00
Rieducazione neuromotoria	€ 21,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€ 30,00
PRESTAZIONI DI SONOTERAPIA	**COSTO PER SEDUTA**
Ultrasuoni	€ 10,00
PRESTAZIONI DI TECARTERAPIA	**COSTO PER SEDUTA**
Tecarterapia/Diatermia	€ 26,00
PRESTAZIONI DI TERMOTERAPIA	**COSTO PER SEDUTA**
Ipertermia	€ 31,00
PRESTAZIONI DI VERTEBROTERAPIA MANU MEDICA – effettuata da medico chirurgo	**COSTO PER SEDUTA**
Manipolazioni vertebrali	€ 21,00
VARIE	**COSTO PER SEDUTA**
Laserterapia	€ 22,00
Ozonoterapia Manu Medica - effettuata da medico chirurgo (solo in caso di protrusioni, ernie discali e lombalgia da sovraccarico)	€ 45,00

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

In caso di infortunio accertato da Pronto Soccorso o da struttura sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso:

1. Copia della certificazione del Pronto Soccorso o della struttura sanitaria attestante l'infortunio.
2. Copia di una prescrizione medica dettagliata rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
3. Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali, indicante il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e dal quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (massofisioterapista,

infermiere professionale, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Nel caso delle particolari patologie che consentono l'accesso ai trattamenti fisioterapici garantiti dal Fondo, dovranno essere inviate:

1. Per patologie di cui ai punti 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6 e 2.7 dell'area di fisioterapia della presente guida: copia della certificazione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata. Per protrusioni ed ernie discali di cui al punto 2.8 della presente guida: copia del referto di Risonanza Magnetica (RM) o Tomografia Assiale Computerizzata (TAC). In caso di soluzione chirurgica vertebrale per ernia discale, copia della documentazione medica attestante la data dell'intervento stesso. Per lombalgia da sovraccarico di cui al punto 2.8 della presente guida, copia della prescrizione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata.

2. Copia di una prescrizione medica dettagliata rilasciata dal medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie La fisioterapia prescritta dovrà essere coerente con la patologia.

3. Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali indicante il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e dal quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

8. Pacchetti di riabilitazione e controllo

Fondo Est mette a disposizione dei propri iscritti tre pacchetti di prestazioni finalizzate alla riabilitazione e al controllo per alcune patologie e stati fisiologici.

I pacchetti non sono cumulabili. Per ogni anno civile l'Iscritto ha la possibilità di attivare uno solo dei tre pacchetti e può effettuare esclusivamente, e nei limiti indicati dal presente piano, le prestazioni previste per il pacchetto prescelto.

Il massimale annuo per ciascuno dei tre pacchetti è di € 500,00.

PACCHETTO 1: RIABILITAZIONE PATOLOGIE OSTEOARTICOLARI

Il pacchetto è attivabile esclusivamente per le seguenti patologie:

- sindrome del tunnel carpale;
- sindrome del canale di Guyon (ultimo tratto del nervo ulnare);
- sindrome del tunnel tarsale;
- dito a scatto;
- tendinite del flessore della mano;
- tendinite dell'estensore della mano;
- epicondilite;
- epitrocleite;
- sindrome di De Quervain (tenosinovite stenosante);
- capsulite adesiva;
- lesione/infiammazione della cuffia dei rotatori;
- tendinite del sovra spinoso;
- borsite della spalla;
- artrite/Periartrite scapolo omerale o spalla;
- sindrome di Morton/metatarsalgia;
- varici Arti Inferiori;
- gonalgia;
- coxalgia.

Attivando il pacchetto Riabilitazione patologie osteoarticolari si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta previsto per ciascuna prestazione:

PRESTAZIONI	COSTO MASSIMO PER SEDUTA
Massoterapia individualizzata	€ 19,00
Luce infrarossa	€ 8,00
Ultrasuoni	€ 10,00
Magnetoterapia	€ 12,00
Laser Terapia	€ 22,00
Tecarterapia	€ 26,00
Ipertermia	€ 31,00
Drenaggio linfatico manuale (DML)	€ 15,00
Bendaggio elastico	€ 15,00

Nel caso in cui l'assistito si avvalesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

Certificazioni attestanti la patologia rilasciate prima di tre mesi rispetto all'inizio del piano di cura non saranno accettate.

Non rientrano in garanzia:

Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano. Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi. In caso di risoluzione chirurgica la fisioterapia sarà concessa per un massimo di 6 mesi dall'evento chirurgico. In caso di soluzione chirurgica, copia della documentazione medica attestante la data dell'intervento stesso.

Non è ammesso a rimborso il noleggio o l'acquisto di apparecchi elettromedicali anche se relativi a prestazioni fisioterapiche previste dal Piano.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della certificazione medica attestante la natura della patologia, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata.
2. Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
3. Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali indicante il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate

da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

PACCHETTO 2: RIABILITAZIONE POST PARTUM

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di parto attestato da certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza.

Attivando il pacchetto Riabilitazione Post Partum si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti del costo massimo per seduta di ciascuna prestazione e purché le prestazioni siano effettuate entro 6 mesi dalla data del parto:

PRESTAZIONI	COSTO MASSIMO PER SEDUTA
Ginnastica Post Partum	€ 11,00
Riabilitazione del pavimento pelvico	€ 30,00

Nel caso in cui l'assistito si avvalesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

Non rientrano in garanzia:

Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano.

Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della certificazione, rilasciata da medico o da struttura sanitaria, indicante l'espletamento del termine di gravidanza.
2. Copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie.
3. Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali indicante il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

PACCHETTO 3: POST MENOPAUSA

Il pacchetto è attivabile esclusivamente a seguito di menopausa attestata da medico "di base" o dallo specialista.

Attivando il pacchetto Post Menopausa si potrà ottenere il rimborso delle seguenti voci, nei limiti dell'eventuale costo massimo per seduta previsto per alcune prestazioni e della ripetibilità prevista per altre:

PRESTAZIONI	COSTO MASSIMO PER SEDUTA
Riabilitazione del pavimento pelvico	€ 30,00
Ginnastica medica	€ 16,00
Visita ginecologica Post Menopausa	(max 1/anno)
MOC	(max 1/anno)

Nel caso in cui l'assistito si avvalesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale), il Fondo rimborsa integralmente i ticket.

Non rientrano in garanzia:

Prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Si ricorda, inoltre, che il Fondo non provvederà al rimborso delle prestazioni riabilitative effettuate da chiropratici in quanto tale figura professionale non è riconosciuta nell'ordinamento giuridico italiano.

Inoltre non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate da chinesiologi, osteopati e posturologi.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della certificazione, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista, attestante lo stato di menopausa.
2. Per i trattamenti fisioterapici previsti dal pacchetto: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista, indicante il tipo di trattamento fisioterapico e il numero di sedute necessarie. Per la visita ginecologia e per la MOC: copia di una prescrizione medica dettagliata, rilasciata dal medico "di base" o dallo specialista.
3. Copia del documento di spesa valido ai fini fiscali. Per i documenti di spesa relativi alle prestazioni fisioterapiche, è necessario che nella fattura si evinca il tipo di trattamento fisioterapico, il numero di sedute, il costo unitario per singola seduta e che il trattamento è stato effettuato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa emesso da medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione (infermiere professionale, massofisioterapista, fisioterapista, terapista occupazionale, terapista della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000). Si ricorda che, per effetto di quanto previsto dall'art. 1 del Decreto 17/05/2002 emanato a firma congiunta dai Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, le prestazioni di riabilitazione svolte dai fisioterapisti usufruiscono del regime di esenzione IVA di cui all'art. 10 n. 18 del D.P.R. 26/10/1972 n. 633. Pertanto il Fondo, a fronte di prestazioni riabilitative effettuate da medico o personale sanitario riconosciuto dalla legislazione vigente, non provvederà al rimborso dell'IVA eventualmente applicata in fattura.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

9. Agopuntura manu medica

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per agopuntura, effettuata da medico chirurgo, a seguito di malattia o infortunio esclusivamente a fini antalgici (terapia del dolore). Ai fini del rimborso dovrà essere inviata una prescrizione medica dettagliata indicante la necessità del trattamento di agopuntura a fini antalgici. In caso di prescrizione rilasciata da medico specialista, la specializzazione dovrà essere inerente alla patologia denunciata. Il trattamento deve essere effettuato da medico chirurgo il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa (fatture/ricevute).

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni è di € 250,00.

Saranno rimborsati, nei limiti del massimale annuo indicato, le fatture e i ticket trasmessi nelle modalità di seguito indicate.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

1. Copia della prescrizione attestante la necessità della terapia a fini antalgici.
2. Copia fattura dalla quale si evinca che il trattamento è stato effettuato da medico chirurgo, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

10. Presidi e ausili medici ortopedici

Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di presidi, ausili medici ortopedici, sempre se appositamente prescritti. Non è ammesso a rimborso il noleggio o l'acquisto di apparecchi elettromedicali anche se relativi a prestazioni fisioterapiche previste dal Piano.

Per ogni tipologia di presidio sono previsti massimo 2 acquisti/anno.

Ortesi per piede	Es.: plantare, supporto calcaneare, ortesi di stabilizzazione della caviglia, ecc.
Calzature ortopediche su misura*	
Presidi elastocompressivi antitrombo e per linfedema per arto superiore	
Apparecchi ortopedici per arto inferiore	Dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto inferiore e dell'anca: non è un dispositivo atto alla deambulazione
Apparecchi ortopedici per arto superiore	Dispositivi per prevenire e correggere le deformità dell'arto superiore
Ortesi spinali	Dispositivi rigidi/semirigidi. Es.: corsetto 3 punti, corsetto di declinazione, corsetto per scoliosi, a tre valve, ecc.
Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio	Es.: ginocchiera elastica, ginocchiera elastica con foro rotuleo, dispositivi di trazione elastomerici, con cinghie di trazione, cavigliere ortopediche, elastiche, bivalva, pneumatiche, stampelle canadesi, tripodi, ecc.

Carrozzine	
Accessori per carrozzine	
Ausili per il sollevamento	Sollevatori mobili, sollevatori a soffitto

* È escluso il rimborso di calzature ortopediche di serie ovvero quelle per le quali non è stato realizzato un confezionamento specifico per l'iscritto.

Le spese vengono rimborsate nella misura dell'80% lasciando a carico dell'Iscritto uno scoperto del 20%.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

1. Copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e ausili ortopedici con l'indicazione della patologia che l'ha generata.
2. Copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare anche una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato o noleggiato.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativa all'acquisto o al noleggio del presidio.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 3.000,00 per Iscritto.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

11. Invalidità

PRESTAZIONI A SOSTEGNO DI SOGGETTI CHE VERSANO IN CONDIZIONI DI INVALIDITÀ

DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI

Sono destinatari della presente garanzia i lavoratori iscritti a Fondo Est che hanno maturato i requisiti soggettivi di cui al paragrafo "Requisiti dei destinatari".

REQUISITI DEI DESTINATARI

I destinatari delle prestazioni sono coloro che hanno:

1. Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore all'80%.
2. Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

Tali invalidità devono essere già certificate col relativo grado uguale o maggiore all'80%, alla data di effettuazione della prestazione della quale si chiede il rimborso.

Per accedere ai plafond, la copertura sanitaria deve essere attiva alla data dell'effettuazione della prestazione (data fattura).

PRESTAZIONI EFFETTUATE PRIMA DELLA DATA DI CERTIFICAZIONE DELL'INVALIDITÀ

A. Viene comunque garantito il rimborso per le prestazioni effettuate nel periodo che intercorre tra la data della domanda di riconoscimento di invalidità e la certificazione stessa.

B. Si garantisce altresì il rimborso per le prestazioni effettuate dopo l'insorgenza della patologia certificata da medico o struttura sanitaria, nel caso in cui tale patologia sia motivo di certificazione di invalidità di grado uguale o superiore all'80% e sia stata inoltrata la domanda per il riconoscimento della suddetta invalidità nei 60 gg successivi alla sopra indicata certificazione di insorgenza patologia.

OGGETTO DELLA GARANZIA

A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui ai punti nn. 1 e 2, il Fondo mette a disposizione degli I scritti, una tantum, un plafond di spesa di:

- € 6.000,00 per invalidità con grado compreso tra 80% e 90%;
- € 8.000,00 per invalidità con grado compreso tra 91% e 100%.

Per il rimborso delle seguenti prestazioni:

1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico, odontoiatrico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia che ha causato l'invalidità (cioè finalizzate al monitoraggio alla cura e alla gestione della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati.
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessari in forma domiciliare per deficit certificati.
3. Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati).
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, etc.).
5. Consulenza psicologica effettuata da psicologo abilitato, sedute di psicoterapia, visita psichiatrica, visita neurologica.
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).

In caso di aggravamento e di riconoscimento di un grado maggiore di invalidità che comporti il passaggio da una fascia all'altra di plafond di spesa, verrà riconosciuto il diritto solo alla differenza di importo (€ 2.000,00) e non la disponibilità dell'intero plafond della nuova fascia di riferimento.

I soggetti che presentino i requisiti di cui ai punti nn. 1 e 2 del paragrafo "Requisiti dei destinatari" della presente garanzia, potranno fruire delle prestazioni anche successivamente all'uscita dalla copertura sanitaria erogata dal Fondo, per dodi mensilità aggiuntive, in virtù dell'estensione concessa ad ogni cessazione della posizione con il Fondo.

L'estensione della copertura non si applica nei casi di sospensione del rapporto lavorativo o in caso di mancata contribuzione.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso

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

- copia certificazione Inail/Inps attestante l'invalidità e il relativo grado;
- per le prestazioni relative al punto B della sezione "Prestazioni effettuate prima della data di certificazione dell'invalidità", copia della documentazione medica dalla quale si evinca la data d'insorgenza della patologia;

- copia prescrizione medica (vedi tabella che segue);
- copia documentazione di spesa.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

TIPO DI PRESTAZIONE	DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico odontoiatrico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia che ha causato l'invalidità (cioè finalizzate al monitoraggio, alla cura e alla gestione della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati	Prescrizione medica Documento di spesa
Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati	Prescrizione medica Documento di spesa
Presidi e ausili sanitari (acquistati e/o noleggiati)	Prescrizione medica Documento di spesa
Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servo scala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)	Documento di spesa
Consulenza psicologica effettuata da psicologo abilitato. Sedute di psicoterapia. Visita psichiatrica. Visita neurologica	Prescrizione medica Documento di spesa
Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf).	Documento di spesa*
Trasporto sanitario	Documento di spesa

*Per il personale di supporto per le normali attività quotidiane (colf/ badante) la documentazione di spesa richiesta è:

1. Prospetto di retribuzione rilasciato dal datore di lavoro dal quale si evinca:

a. Nome e Cognome del lavoratore (colf/badante)

b. Numero ore lavorate

c. Retribuzione oraria

d. Totale retribuzione percepita

e. Importo contributi versati

f. Firma per ricevuta del lavoratore (colf/badante)

2. Ricevuta attestante il versamento dei contributi all'INPS.

Il Customer Service è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi:

- 06 51 03 11 numero unico del Customer Service, dal lunedì al venerdì;
- info@fondoest.it per contatti mail.

La documentazione deve essere trasmessa in via telematica tramite accesso all'area MyFondoEst "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it. Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Sarà accettata la documentazione comprovante l'adozione di strumenti di pagamento e versamento dei contributi previsti di volta in volta dalla legislazione nazionale per le prestazioni di lavoro occasionale, purché corredata del prospetto di retribuzione redatto nelle modalità di cui al punto 1.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

12. Esclusioni del piano sanitario

SONO ESCLUSE DALL'OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO DI FONDO EST:

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale (FIVET);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- le visite effettuate da personale sanitario non in possesso di specializzazioni riconosciute dalla vigente legislazione.

Professione intramuraria

Le prestazioni erogate a pagamento dai medici negli ospedali pubblici (regime intramoenia o libera professione intramuraria), non sono rimborsabili, tranne che per le garanzie nelle quali è ammesso il rimborso di prestazioni effettuate privatamente.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Nomenclatore ad erogazione Unisalute

1. Presentazione

Con la "Guida al Piano Sanitario Fondo Est" intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano. Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano. La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

1.1. Servizi on line su www.fondoest.it

Fondo Est propone per i propri Iscritti un'area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle informazioni sulle richieste di rimborso.

Collegandosi al sito www.fondoest.it e accedendo all'Area Riservata MyFondoEst tramite username e password è possibile:

- prenotare direttamente on line presso le strutture convenzionate gli esami non connessi a un ricovero; questa procedura consente di sapere in modo veloce e immediato se la prestazione richiesta è coperta dal piano sanitario e di conoscere se il medico scelto è convenzionato. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima;
- consultare l'estratto conto on line per la verifica dello stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate.

Direttamente sul sito, senza dover accedere alle proprie pagine personali, è possibile:

- consultare le prestazioni del proprio piano sanitario;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate.

2. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano Sanitario del Fondo Est, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano.

Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Est ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Est, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società UniSalute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti dalle singole garanzie.

3. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

3.1. Per prima cosa consultare Fondo Est

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche occorre che consulti il sito internet www.fondoest.it per tutte le prestazioni diverse dal Ricovero, mentre per tutte le prestazioni dell'area Ricovero è opportuno contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute al numero 051.4185748 (dall'estero: prefisso per l'Italia +0516389046) orari: 8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario.

Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel Piano Sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Iscritto 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).

È 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.

3.2. Prestazioni nel 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 anche il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Iscritto 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'Iscritto sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto, salvo quanto previsto alle singole garanzie.

Se l'Iscritto vuole prenotare in una struttura pubblica (SSN) non è necessario che contatti la Centrale Operativa, basta che si rechi al CUP e prenoti.

Per ottenere il rimborso delle spese, l'Iscritto deve caricare i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute".

In alternativa, l'Iscritto può inviare direttamente la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali) al Fondo Est al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. - Fondo Est - Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

- In caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 5.1.6.) e in caso di ricovero per grave evento morboso (vedi elenco gravi eventi morbosi punto 5.2.) l'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto alla corresponsione di un'indennità sostitutiva giornaliera, le cui modalità descriveremo più avanti.

3.3. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est

UniSalute ha predisposto per gli iscritti Fondo Est un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società e, dunque, agli Iscritti al Fondo Est.

L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile su www.fondoest.it.

L'Iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est consegue alcuni vantaggi rilevanti:

- I pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Est, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili previste alle singole garanzie.
- Può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la funzione di prenotazione on line presente nell'Area Riservata del sito www.fondoest.it che gli permette di sapere immediatamente se la prestazione che l'Iscritto sta prenotando è coperta dal Piano Sanitario e se i medici scelti sono convenzionati. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Nell'impossibilità di accedere al sito e nei casi di ricovero l'Iscritto dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero 051.4185748.
- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Est, garantiscono i livelli di qualità e di efficienza.
- All'atto dell'effettuazione della prestazione, l'Iscritto 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 intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 5.1.6.) e in caso di ricovero per grave evento morboso (vedi elenco gravi eventi morbosi al punto 5.2.) 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 il Fondo Est, per il tramite della Società, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dall'Iscritto).
- Il Fondo Est, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, con i limiti poc'anzi enunciati per le garanzie che prevedono l'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate.
- In caso di prestazione extra ricovero, l'Iscritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Iscritto 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, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

ATTENZIONE

Per avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, si può consultare il sito www.fondoest.it nella sezione MyFondoEst. Sulle pagine riservate, si potranno cercare le strutture convenzionate e si potrà richiedere la prenotazione on line della prestazione.

A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Per le prenotazioni è possibile anche contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero 051.4185748.

3.4. Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede anche la facoltà dell'Iscritto di avvalersi, per alcune prestazioni, di strutture sanitarie private non convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.

Il rimborso potrebbe non essere integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve caricare i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute".

In alternativa, l'Iscritto può inviare direttamente la documentazione necessaria al Fondo Est al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. - Fondo Est - Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

- il modulo di richiesta rimborso, scaricabile direttamente dal sito www.fondoest.it;
- una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero per intervento chirurgico o grave evento morboso;
- la prescrizione in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base in caso di prestazioni extra ricovero;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo Est avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Iscritto stesso avrà fornito.

L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fondo e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il Fondo provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il Piano prevede.

COME VISUALIZZARE LO STATO DEI PROPRI RIMBORSI

Il modo più veloce per verificare lo stato dei propri rimborsi è tramite il sito www.fondoest.it - nella sezione MyFondoEst - accessibile tramite username e password, che garantiscono la riservatezza dei dati.

L'Iscritto potrà verificare la sua posizione sempre aggiornata relativamente alla documentazione che ci ha inviato.

4. Le prestazioni del piano sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o per grave evento morboso, intendendo per tali quelli elencati ai punti 5.1.6. e 5.2.;
- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia;
- Accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- Prestazioni di ortodonzia;
- Prestazioni di implantologia;
- Avulsione (estrazione denti);
- Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione);
- Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);
- Servizi di consulenza.



5. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o grave evento morboso. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia

Il limite di spesa annuo dell'area Ricovero

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 90.000,00** per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

Sono comprese nel massimale anche le prestazioni previste nella garanzia "Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso", "Ospedalizzazione Domiciliare per Ricoveri Chirurgici come da elenco Interventi Chirurgici" e "Servizi di Assistenza Globale Integrata Organizzazione di Servizi, Noleggio Ausili Medico-Sanitari e Ospedalizzazione Domiciliare".

A massimale raggiunto la copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente ed eccedenti il massimale di spesa già completamente utilizzato. Il massimale è unico per le voci di cui al punto 5.1. e 5.2.

5.1. Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati alla voce Elenco Interventi Chirurgici, può godere dell'intervento e delle prestazioni di seguito indicate.

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, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato da UniSalute per il Fondo Est, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 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 non convenzionato da UniSalute per il Fondo Est, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

POST-RICOVERO

1. Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.
2. Le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le 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 determinato il ricovero. Queste prestazioni vengono prestate in forma esclusivamente rimborsuale.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER RICOVERI CHIRURGICI COME DA ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero", il Fondo, per i ricoveri chirurgici (come da Elenco Interventi Chirurgici) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionata UniSalute per il Fondo Est, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto. Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale. Per gestire il processo il Fondo si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite di UniSalute, alle strutture convenzionate.

5.1.1. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

5.1.2. Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste al punto 5.1. "Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico" e alla sezione "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 prestazione prevede il rimborso delle 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.

5.1.3. Modalità di accesso alle prestazioni

- Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- In caso di ricovero in strutture non convenzionate da UniSalute per il Fondo Est, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€2.000,00**, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie. Il rimborso avverrà nel limite di un sottomassimale di **€ 8.000,00** per ciascun intervento effettuato, nel massimale complessivo dell'area Ricovero. **Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.**
- Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (vedi il paragrafo "indennità sostitutiva per intervento chirurgico".

5.1.4. Neonati

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, spesi nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

5.1.5. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, 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 i primi 30 giorni di ricovero.

Dal **31°** giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a **€ 100,0**0 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **100** giorni per ricovero. Come già detto, 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 gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

5.1.6. Elenco interventi chirurgici

Gli interventi chirurgici si intendono effettuati con qualsiasi tecnica, con qualsiasi metodica, qualsiasi via di accesso e qualsiasi attrezzatura o apparecchiatura ove non diversamente indicato nella prescrizione. In caso di procedure diagnostiche o esplorative e concomitanti procedure operative, la procedura diagnostica o esplorativa è considerata come fase dell'operativa e dunque è inclusa nella stessa, quindi non è rimborsabile separatamente.

NEUROCHIRURGIA
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari);
• Asportazione tumori dell'orbita;
• Interventi di cranioplastica;
• Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne;
• Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale;
• Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale;
• Interventi sul plesso brachiale;
• Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale.
CHIRURGIA GENERALE
• Ernia femorale;
• Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi;
• Nodulectomia mammaria (sono comprese anche le nodulectomie per patologie benigne).
OCULISTICA
• Interventi per neoplasie del globo oculare;
• Intervento di enucleazione del globo oculare.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale;
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare;
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia);
- Intervento demolitivo della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale);
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- Ricostruzione della catena ossiculare.

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale;
- Interventi sulle paratiroidi;
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale.

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino;
- Interventi per echinococcosi polmonare;
- Interventi per fistole bronchiali;
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici;
- Pneumectomia totale o parziale.

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo;
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario;
- Angioplastica con eventuale stent;
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi;
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica;
- Interventi sul cuore per via toracotomica;
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica;
- Safenectomia della grande safena.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica;

- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne;
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne;
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica;
- Appendicectomia con peritonite diffusa;
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni;
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia);
- Drenaggio di ascesso epatico;
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale;
- Interventi chirurgici per ipertensione portale;
- Interventi con esofagoplastica;
- Interventi di amputazione del retto-ano;
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica;
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale;
- Interventi per neoplasie pancreatiche;
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica;
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- Intervento per mega-esofago;
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari;
- Resezione gastrica;
- Resezione gastrica allargata;
- Resezione gastrica totale;
- Resezione gastro-digiunale;
- Resezione epatica.

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria;
- Cistoprostatovescicolectomia;
- Interventi di cistectomia totale;
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare;
- Interventi di prostatectomia radicale;

- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- Nefroureterectomia radicale;
- Surrenalectomia.

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenctomia;
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia;
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia;
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale;
- Intervento per dito a scatto;
- Intervento chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne;
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei;
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio;
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne;
- Interventi di stabilizzazione vertebrale;
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma;
- Interventi per costola cervicale;
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma;
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma;
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni;
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare.

CHIRURGIA MAXILLO–FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio.

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche.

5.2. Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

L'Iscritto può godere delle prestazioni della seguente garanzia qualora venga ricoverato a seguito di un grave evento morboso, intendendo per tale uno di quelli elencati di seguito:

- Neoplasia maligna in trattamento
- Cardiomiopatia ischemica
- **Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:**
- dispnea;
- edemi declivi;
- aritmia;
- angina instabile;
- edema o stasi polmonare;
- ipossiemia.
- **Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:**
- ulcere torbide;
- decubiti;
- neuropatie;
- vasculopatie periferiche;
- infezioni urogenitali o sovrinfezioni;
- complicanze oculari.
- Malattie cerebrovascolari croniche degenerative;
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;
- Sclerosi multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica;
- Morbo di Alzheimer;
- **Morbo di Parkinson caratterizzato da:**
- riduzione attività motoria;
- difficoltà nel mantenimento della stazione eretta.
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale) o acuta.

5.2.1. Le 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.

ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300,00 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 non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30 giorni** per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00** al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. **La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

POST RICOVERO A

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. **La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.**

POST RICOVERO B

Le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le 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. **Queste prestazioni vengono prestate in forma esclusivamente rimborsuale. Nel caso di utilizzo del SSN sono rimborsati integralmente i ticket.**

TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto in ambulanza dell'Assicurato, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

MODALITÀ D'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est ed effettuate da medici convenzionati, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie e il massimale previsto per l'area ricovero, le spese per le prestazioni

erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate, ad eccezione dei seguenti punti:

- Pre ricovero;
- Assistenza infermieristica privata individuale;
- Trasporto sanitario;
- Post ricovero B.

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, **rientrando comunque nel massimale complessivo di spesa annuo dell'area Ricoveri (90.000 €).**

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

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

INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO PER GRAVE EVENTO MORBOSO.

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero medico per grave evento morboso né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero per i primi **30 giorni**, mentre di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero a partire dal **31° giorno fino al 70° per ricovero**.

SERVIZI DI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA, ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI, NOLEGGIO AUSILI MEDICO-SANITARI E OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI RICOVERO MEDICO/CHIRURGICO PER NEOPLASIE MALIGNE

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco interventi chirurgici allegato) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalla garanzia "post ricovero" per i casi d'intervento previsti dal Piano Sanitario), mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate da UniSalute per Fondo Est, prestazioni di:

- Ospedalizzazione domiciliare;
- Assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto.

In caso di patologie oncologiche, le prestazioni di cui sopra sono garantite anche in caso di ricovero per intervento chirurgico, sia esso ricompreso o meno nell'elenco interventi chirurgici di cui al capitolo Ricovero per intervento chirurgico.

Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo il Fondo si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare, che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo Est sempre che l'uso degli ausili medico sanitari sia collegato al percorso riabilitativo.

Si specifica che gli ausili sono forniti solo nel caso in cui sia attivata la garanzia di ospedalizzazione domiciliare riabilitativa.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate nel limite di spesa annuo dell'area di Ricovero.

5.2.2. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia per ricoveri medici resi necessari dalle patologie elencate in garanzia

In caso di ricovero senza intervento chirurgico per una delle patologie sotto elencate, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni, mette a disposizione tramite la rete di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo Est, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Sono compresi in copertura:

- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali;
- Paralisi;

Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo il Fondo si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare, che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate nel limite della somma annua a disposizione.

La disponibilità annua per la presente copertura è di **€ 5.000,00** per Iscritto.

6. Accertamenti diagnostici odontoiatrici

In deroga a quanto previsto al paragrafo 13 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Ortopantomografia;
- Radiografie endorali;
- Dentalscan.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 35,00** per ogni prestazione.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.

L'Iscritto deve caricare i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute".

In alternativa, per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Iscritto può raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso e inviarla direttamente al Fondo Est al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. - Fondo Est - Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00 per Iscritto.

7. Prestazioni di ortodonzia

In deroga a quanto previsto al paragrafo 13 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e il personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00 per Iscritto.

8. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al paragrafo 13 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

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

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato** da UniSalute per il Fondo Est.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.100,00 per Iscritto.

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 4.300,00 nel caso di applicazione di cinque impianti, un sottomassimale pari a € 3.800,00 nel caso di applicazione di quattro impianti, un sottomassimale pari a € 3.300,00 nel caso di applicazione di tre impianti, un sottomassimale pari a € 2.200,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottomassimale pari a € 1.100,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo la prima applicazione di uno o più impianti, dovesse subentrare l'esigenza di effettuare ulteriori impianti, questi ultimi verranno liquidati nell'ambito del sottomassimale relativo al numero complessivo di impianti effettuati, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Ad esempio, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di due impianti si rendesse necessario l'innesto di un terzo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 3.300,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

9. Avulsione (estrazione denti)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 13 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato** da UniSalute per il Fondo Est. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

10. Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 13 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, Fondo Est provvede al pagamento, nella misura del 75%, di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in **strutture sanitarie convenzionate** da UniSalute per il Fondo Est, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione:

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

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

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

11. Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)

Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prevenzione: prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta l'anno.
• Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
• Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
• Azotemia (Urea);
• Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
• Creatininemia;
• Emoglobina glicata;
• Esame delle urine;
• Esame emocromocitometrico completo;
• Gamma GT;
• Glicemia;
• PT (Tempo di protrombina);
• PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
• Trigliceridi;
• Velocità di eritrosedimentazione (VES).
Prevenzione cardiovascolare: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta l'anno.
• Visita specialistica cardiologica ed ECG.
Prevenzione oncologica Colon-Retto: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 45 anni di età una volta l'anno.
• Visita specialistica gastroenterologica + ricerca sangue occulto fecale.
Prevenzione malattie respiratorie: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta l'anno.
• Visita specialistica pneumologica.
Prevenzione oncologica cute: prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta l'anno.
• Visita specialistica dermatologica.
Prevenzione oncologica prostata: prestazioni previste per gli uomini dai 45 anni di età una volta l'anno.
• Visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA).
Prevenzione oncologica utero: prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta l'anno.
• Visita specialistica ginecologica + pap test.
Prevenzione oncologica seno:
a. **prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta l'anno.**
i. Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria

b. **prestazioni previste per le donne dai 50 anni di età una volta l'anno.**
i. Visita specialistica senologica + Mammografia con obbligo di prescrizione medica per quest'ultima prestazione.
Con riferimento alla lettera **b**, le donne dai 50 anni di età dovranno scegliere se effettuare l'ecografia mammaria oppure la Mammografia.

12. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero 051.4185748 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 0516389046.

a) **Informazioni generiche sul contratto**

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura;
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso;
- modalità di richiesta di rimborso.

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

13. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario 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 dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- 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);
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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;

- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;

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

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

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

14. Alcuni chiarimenti importanti

14.1. Validità territoriale

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

14.2. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A. **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.**

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

B. **Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.**

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora il Fondo Est dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Iscritto al Fondo al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. - Fondo Est - Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita all'Iscritto dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

ATTENZIONE

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre 1 anno non saranno rimborsati.

15. Strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento al sito internet **www.fondoest.it** oppure telefonare alla Centrale Operativa di UniSalute al numero **051.4185748**.

Per tutte le informazioni previste dal Piano Sanitario diverse dal Ricovero consulti: www.fondoest.it

Per tutte le prestazioni dell'area Ricovero è opportuno contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute al numero 051.4185748.

Dall'estero: prefisso per l'Italia + 0516389046 orari: 8.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì.

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it. oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.**

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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

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

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

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

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

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

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

Nomenclatore ad erogazione EMVA

1. Presentazione

Con la Guida al "Piano Sanitario per la Provincia dell'Alto Adige" intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano. Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano. La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

1.1. Servizi on line su www.fondoest.it e www.emva.it/fondoest

EMVA propone per i propri iscritti un'area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle richieste di rimborso. Collegandosi al portale www.fondoest.it oppure al sito www.emva.it/fondoest e accedendo all'Area Riservata tramite username e password è possibile:

- Richiesta di rimborso
- monitorare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate;
- stampare in qualsiasi momento il riepilogo delle prestazioni rimborsate.

Direttamente sul sito www.emva.it/fondoest, senza dover accedere alle proprie pagine personali, è possibile consultare le prestazioni del proprio piano sanitario.

Per accedere ai servizi è necessario registrarsi al portale EMVA.

Come è possibile accedere all'area riservata sul sito di EMVA?

Gli iscritti riceveranno automaticamente un link con validità di 30 giorni per registrarsi nell'area riservata; scaduto il periodo indicato gli iscritti potranno richiedere l'accesso tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it Qualora gli iscritti non ricevessero alcun invito o si trattasse di una prima registrazione, sarà possibile rivolgersi direttamente via email all'indirizzo fondoest@emva.it, indicando nell'oggetto Nuovo accesso al portale e nel testo i propri dati anagrafici, i contatti telefono ed email, data e luogo di nascita e l'indirizzo di residenza.

Una volta verificati i dati, gli iscritti riceveranno via email l'invito di accesso al portale.

2. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano Sanitario per la Provincia dell'Alto Adige, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

3. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

3.1. Per prima cosa consultare www.fondoest.it o www.emva.it/fondoest

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche occorre che consulti esclusivamente il sito internet www.fondoest.it per tutte le prestazioni diverse dalle aree Ricovero, dall'Odontoiatria e dalla Prevenzione, mentre per tutte le prestazioni delle aree Ricovero, Odontoiatria e Prevenzione è possibile consultare sia il sito www.fondoest.it che il sito www.emva.it/fondoest oppure contattare dall'Italia il **numero 0471 059 056** e dall'estero il **numero 0039 0471 059 056**; il servizio telefonico è attivo dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 16:00 e venerdì dalle ore 08.00 alle ore 12.30.

Per accedere ai servizi è necessario registrarsi al portale EMVA.

In alternativa è possibile scrivere a fondoest@emva.it Le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

3.2. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche: qualora l'Iscritto sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa, nei limiti di quanto indicato dalle singole garanzie, quanto anticipato dall'Iscritto.

Per prenotare in una struttura pubblica (SSN) non è necessario che contatti la Centrale Operativa, basta mettersi in contatto con il CUP e prenotare.

Per ottenere il rimborso delle spese, l'iscritto deve collegarsi all'Area Riservata tramite il sito www.emva.it/fondoest e inviare una richiesta di rimborso in forma indiretta. Sarà necessario allegare tutta la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali).

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 15/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di un anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. In caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 5.1.6.) e in caso di

ricovero per grave evento morboso (vedi elenco gravi eventi morbosi punto 5.2.) l'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto alla corresponsione di un'indennità sostitutiva giornaliera, le cui modalità descriveremo più avanti.

3.3. Prestazioni in strutture private e in libera professione

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede strutture sanitarie private e in libera professione.

Il rimborso potrebbe non essere integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare dalla propria area riservata una richiesta di rimborso in forma indiretta entro un anno dalla data del documento allegando:

- copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero per intervento chirurgico o grave evento morboso;
- prescrizione in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base o dallo specialista in caso di prestazioni extra ricovero;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti la quietanza.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 15/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

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

ATTENZIONE

EMVA potrà richiedere che l'iscritto sia sottoposto a specifici controlli medici e, comunque, sarà tenuto a fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

EMVA provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il Piano prevede.

COME VISUALIZZARE LO STATO DEI PROPRI RIMBORSI

Il modo più veloce per verificare lo stato dei propri rimborsi è tramite l'area riservata nel sito www.emva.it/fondoest (portal.emva.it) accessibile tramite username e password. L'Iscritto potrà verificare lo stato di lavorazione delle sue pratiche.

4. Le prestazioni del piano sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o per grave evento morboso, intendendo per tali quelli elencati ai punti 5.1.6. e 5.2.;

- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia;
- Accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- Prestazioni di ortodonzia;
- Prestazioni di implantologia;
- Avulsione (estrazione denti);
- Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione);
- Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);
- Servizi di consulenza.

5. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o grave evento morboso. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia

Il limite di spesa annuo dell'area Ricovero

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 90.000,00** per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

Sono comprese nel massimale anche le prestazioni previste nella garanzia "Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso", "Ospedalizzazione Domiciliare per Ricoveri Chirurgici come da elenco Interventi Chirurgici" e "Servizi di Assistenza Globale Integrata Organizzazione di Servizi, Noleggio Ausili Medico-Sanitari e Ospedalizzazione Domiciliare".

A massimale raggiunto la copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente ed eccedenti il massimale di spesa già completamente utilizzato.

Il massimale è unico per le voci di cui al punto 5.1. e 5.2.

5.1. Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati alla voce Elenco Interventi Chirurgici, può godere dell'intervento e delle prestazioni di seguito indicate.

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, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300,00** al giorno.

ACCOMPAGNATORE

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. La garanzia è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30 giorni** per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00** al giorno per un massimo di **30 giorni** per ricovero.

POST-RICOVERO

1. Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
2. Le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le 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 determinato il ricovero.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER RICOVERI CHIRURGICI COME DA ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero", il Fondo, per i ricoveri chirurgici (come da Elenco Interventi Chirurgici) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, prevede a rimborso prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite di EMVA, all'Iscritto.

5.1.1. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

5.1.2. Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste al punto 5.1. "Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico" e alla sezione "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 prestazione prevede il rimborso delle 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.

5.1.3. Modalità di accesso alle prestazioni

- In caso di ricovero in strutture e in libera professione, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**85%**, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (vedi il paragrafo "indennità sostitutiva per intervento chirurgico".

5.1.4. Neonati

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, spesi nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

5.1.5. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, 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 i primi 30 giorni di ricovero.

Dal **31°** giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a **€ 100,0**0 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **100** giorni per ricovero.

Come già detto, 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 gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

5.1.6. Elenco interventi chirurgici

Gli interventi chirurgici si intendono effettuati con qualsiasi tecnica, con qualsiasi metodica, qualsiasi via di accesso e qualsiasi attrezzatura o apparecchiatura ove non diversamente indicato nella prescrizione. In caso di procedure diagnostiche o esplorative e concomitanti procedure operative, la procedura diagnostica o esplorativa è considerata come fase dell'operativa e dunque è inclusa nella stessa, quindi non è rimborsabile separatamente.

NEUROCHIRURGIA
• Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari);
• Asportazione tumori dell'orbita;
• Interventi di cranioplastica;
• Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne;
• Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale;
• Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale;
• Interventi sul plesso brachiale;
• Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale.

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia femorale;
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi;
- Nodulectomia mammaria (sono comprese anche le nodulectomie per patologie benigne).

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare;
- Intervento di enucleazione del globo oculare.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale;
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare;
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia);
- Intervento demolitivo della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale);
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- Ricostruzione della catena ossiculare.

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale;
- Interventi sulle paratiroidi;
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale.

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino;
- Interventi per echinococcosi polmonare;
- Interventi per fistole bronchiali;
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici;
- Pneumectomia totale o parziale.

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo;
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario;
- Angioplastica con eventuale stent;
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi;

- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica;
- Interventi sul cuore per via toracotomica;
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica;
- Safenectomia della grande safena.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica;
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne;
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne;
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica;
- Appendicectomia con peritonite diffusa;
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni;
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia);
- Drenaggio di ascesso epatico;
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale;
- Interventi chirurgici per ipertensione portale;
- Interventi con esofagoplastica;
- Interventi di amputazione del retto-ano;
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica;
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale;
- Interventi per neoplasie pancreatiche;
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica;
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- Intervento per mega-esofago;
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari;
- Resezione gastrica;
- Resezione gastrica allargata;
- Resezione gastrica totale;
- Resezione gastro-digiunale;

• Resezione epatica.
UROLOGIA
• Terapia della calcolosi urinaria;
• Cistoprostatovescicolectomia;
• Interventi di cistectomia totale;
• Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare;
• Interventi di prostatectomia radicale;
• Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
• Nefroureterectomia radicale;
• Surrenalectomia.
GINECOLOGIA
• Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenctomia;
• Isterectomia totale con eventuale annessectomia;
• Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia;
• Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica.
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
• Interventi per sindrome del tunnel carpale;
• Intervento per dito a scatto;
• Intervento chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne;
• Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei;
• Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio;
• Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne;
• Interventi di stabilizzazione vertebrale;
• Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma;
• Interventi per costola cervicale;
• Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma;
• Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma;
• Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni;
• Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare.
CHIRURGIA MAXILLO–FACCIALE
• Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio.
TRAPIANTI DI ORGANO
• Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche.

5.2. Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

L'Iscritto può godere delle prestazioni della seguente garanzia qualora venga ricoverato a seguito di un grave evento morboso, intendendo per tale uno di quelli elencati di seguito:

- Neoplasia maligna in trattamento
- Cardiomiopatia ischemica
- **Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:**
- dispnea;
- edemi declivi;
- aritmia;
- angina instabile;
- edema o stasi polmonare;
- ipossiemia.
- **Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:**
- ulcere torbide;
- decubiti;
- neuropatie;
- vasculopatie periferiche;
- infezioni urogenitali o sovrinfezioni;
- complicanze oculari.
- Malattie cerebrovascolari croniche degenerative;
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;
- Sclerosi multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica;
- Morbo di Alzheimer;
- **Morbo di Parkinson caratterizzato da:**
- riduzione attività motoria;
- difficoltà nel mantenimento della stazione eretta.
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale) o acuta.

5.2.1. Le 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.

ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300,00 al giorno.**

ACCOMPAGNATORE

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. La garanzia è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30 giorni per** ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00** al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

POST RICOVERO A

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

POST RICOVERO B

Le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le 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.

TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto in ambulanza dell'Assicurato, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

MODALITÀ D'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie e il massimale previsto per l'area ricovero, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono rimborsate dal Fondo Est, per il tramite della Società all'Assistito nei limiti previsti ai punti indicati, nella misura dell'85%, **rientrando comunque nel massimale complessivo di spesa annuo dell'area Ricoveri (90.000 €).**

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

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

INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO PER GRAVE EVENTO MORBOSO.

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero medico per grave evento morboso né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero per i primi **30 giorni**, mentre di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero a partire dal **31° giorno fino al 70° per ricovero**.

SERVIZI DI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA, ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI, NOLEGGIO AUSILI MEDICO-SANITARI E OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI RICOVERO MEDICO/CHIRURGICO PER NEOPLASIE MALIGNE

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco interventi chirurgici allegato) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalla garanzia "post ricovero" per i casi d'intervento previsti dal Piano Sanitario), per il tramite di EMVA rimborsa prestazioni di:

- Ospedalizzazione domiciliare;
- Assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto.

In caso di patologie oncologiche, le prestazioni di cui sopra sono garantite anche in caso di ricovero per intervento chirurgico, sia esso ricompreso o meno nell'elenco interventi chirurgici di cui al capitolo Ricovero per intervento chirurgico.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari sempre che l'uso degli ausili medico sanitari sia collegato al percorso riabilitativo.

Si specifica che gli ausili sono forniti solo nel caso in cui sia attivata la garanzia di ospedalizzazione domiciliare riabilitativa.

Le spese per le prestazioni erogate privatamente all'Iscritto vengono rimborsate nei limiti della massimale d'area ricovero di **€ 90.000,00**.

5.2.2. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia per ricoveri medici resi necessari dalle patologie elencate in garanzia

In caso di ricovero senza intervento chirurgico per una delle patologie sotto elencate, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di **60 giorni** successivo alla data di dimissioni, per il tramite di EMVA prevede il rimborso di prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Sono compresi in copertura:

- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali;
- Paralisi;

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Est, per il tramite della Società, all'iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di **€ 5.000,00** per Iscritto.

6. Accertamenti diagnostici odontoiatrici

In deroga a quanto previsto al paragrafo 13 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Ortopantomografia;
- Radiografie endorali;
- Dentalscan.

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

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, EMVA rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso nei limiti del massimale.

Nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Private e in libera professione è previsto il rimborso integrale delle prestazioni con un limite massimo di rimborso pari a **€ 40,00** per singola prestazione.

Le richieste di rimborso possono essere inviate dall'area riservata alla quale si accede dal sito www.EMVA.it/fondoest. Ogni richiesta deve essere completa di tutta la documentazione necessaria.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 15/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00 per Iscritto.

7. Prestazioni di ortodonzia

In deroga a quanto previsto al paragrafo 13 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche per apparecchi fissi, mobili e invisibili.

La presente garanzia è prestata nel caso in cui l'iscritto si avvalga di Strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso nei limiti del massimale annuo previsto.

Utilizzo di Strutture sanitarie Private e in libera professione

Il Fondo rimborsa integralmente le spese sostenute dall'Iscritto, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto e nei limiti del massimale annuo previsto.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 15/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00 per Iscritto.

8. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al paragrafo 13 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

La presente garanzia è prestata nel caso in cui l'iscritto si avvalga di Strutture sanitarie Private e in libera professione

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate, nei limiti del massimale previsto dalla garanzia, senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Per ottenere il rimborso della spesa dovranno essere prodotti:

- copia della scheda anamnestica debitamente compilata dal dentista;
- copia della fattura con indicazione dettagliata delle prestazioni fruite.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 15/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.100,00 per Iscritto.

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 4.300,00 nel caso di applicazione di cinque impianti, un sottomassimale pari a € 3.800,00 nel caso di applicazione di quattro impianti, un sottomassimale pari a € 3.300,00 nel caso di applicazione di tre impianti, un sottomassimale pari a € 2.200,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottomassimale pari a € 1.100,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo la prima applicazione di uno o più impianti, dovesse subentrare l'esigenza di effettuare ulteriori impianti, questi ultimi verranno liquidati nell'ambito del sottomassimale relativo al numero complessivo di impianti effettuati, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Ad esempio, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di due impianti si rendesse necessario l'innesto di un terzo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 3.300,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

9. Avulsione (estrazione denti)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, EMVA provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

La presente garanzia è prestata nel caso in cui l'iscritto si avvalga di Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione

In questo caso il rimborso è previsto nel limite di n. 4 avulsioni all'anno complessive per un massimo di € 400,00 annui.

Per ottenere il rimborso della spesa dovranno essere prodotti:

- le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'avulsione;
- copia del diario clinico debitamente compilato dal dentista;
- copia della scheda anamnestica (all. 1) debitamente compilata dal dentista.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 15/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

10. Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione)

Il Fondo Est provvede al pagamento del seguente pacchetto di prevenzione odontoiatrica, fruibile una volta l'anno:

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

Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% e con un massimo di € 80,00 annui per iscritto. Qualora a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico, riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno, sarà applicata la seguente procedura:

- in caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Private e in Libera Professione, il Fondo provvederà a liquidare la seconda seduta nella misura dei limiti sopra indicati. Il Fondo si riserva di chiedere, qualora lo ritenesse opportuno, la documentazione che comprovi l'effettiva necessità di effettuare la seconda ablazione.

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

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 15/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

11. Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)

Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie Private e in Libera professione.

Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Ogni pacchetto deve essere effettuato in un'unica soluzione ed è fruibile una volta l'anno. Nel corso dell'anno è altresì possibile fruire di più pacchetti, fermo restando l'accesso per fasce d'età.

Le spese relative vengono rimborsate secondo quanto indicato in ogni singolo pacchetto.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 15/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

Prevenzione: prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta l'anno per un massimo di € 90
• Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
• Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
• Azotemia (Urea);
• Colesterolo Totale e colesterolo HDL;

- Creatininemia;
- Emoglobina glicata;
- Esame delle urine;
- Esame emocromocitometrico completo;
- Gamma GT;
- Glicemia;
- PT (Tempo di protrombina);
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
- Trigliceridi;
- Velocità di eritrosedimentazione (VES).

Prevenzione cardiovascolare: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 120

- Visita specialistica cardiologica ed ECG.

Prevenzione oncologica Colon-Retto: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 45 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 120

- Visita specialistica gastroenterologica + ricerca sangue occulto fecale.

Prevenzione malattie respiratorie: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 100

- Visita specialistica pneumologica.

Prevenzione oncologica cute: prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta l'anno per un massimo di € 100

- Visita specialistica dermatologica.

Prevenzione oncologica prostata: prestazioni previste per gli uomini dai 45 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 130

- Visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA).

Prevenzione oncologica utero: prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 130

- Visita specialistica ginecologica + pap test.

Prevenzione oncologica seno:

c. **prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 170**

i. Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria

d. **prestazioni previste per le donne dai 50 anni di età una volta l'anno per un massimo di € 190**

i. Visita specialistica senologica + Mammografia con obbligo di prescrizione medica per quest'ultima prestazione.

Con riferimento alla lettera **b**, le donne dai 50 anni di età dovranno scegliere se effettuare l'ecografia mammaria oppure la Mammografia.

12. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di EMVA telefonando al numero **0471 059 056** dal lunedì al giovedì dalle 8.00 alle 16.00 e venerdì dalle 08.00 alle 12.30.

Dall'estero

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **0039 0471 059 056**

Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura;
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso;
- modalità di richiesta di rimborso.

13. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario 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 dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- 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);
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;

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

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

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

14. Alcuni chiarimenti importanti

14.1. Validità territoriale

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

Tutti i documenti devono essere presentati in lingua italiana o tedesco o inglese.

Eventuali traduzioni da altre lingue sono a carico dell'assistito e devono essere effettuate da un ufficio di traduzione accreditato in Italia.

14.2. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

Prestazioni in Strutture Sanitarie Private e in Libera professione.

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora **EMVA** dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Iscritto al seguente indirizzo: **via Cavour 23E, 39100 Bolzano.**

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia entro un anno dalla data del documento di spesa. Per le garanzie che prevedono l'indennità sostitutiva, la documentazione richiesta deve essere inviata entro un anno dalla data delle dimissioni.

Le richieste di rimborso devono essere inviate nelle seguenti modalità:

- fino al 15/03/2026, tramite email all'indirizzo fondoest@emva.it.
- dal 16/03/2026, esclusivamente tramite il portale raggiungibile dal sito www.emva.it/fondoest

EMVA potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, EMVA ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Per tutte le informazioni previste dal Piano Sanitario diverse dal ricovero, dall'odontoiatria e dalla prevenzione consulti esclusivamente: www.fondoest.it

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.

Eventuali reclami riguardanti la gestione dei sinistri, e relativi alle decisioni relativamente a prestazioni non erogate o erogate parzialmente, possono essere inviati, per iscritto ed entro 60 giorni dalla chiusura della pratica, a: **emva@pec.it** o tramite lettera raccomandata a **EMVA Körperschaft für wechselseitige Unterstützung – ETS, via Cavour 23 a 39100 Bolzano (BZ)**. EMVA ETS comunicherà al socio la propria decisione definitiva entro 60 giorni dalla ricezione del ricorso e della relativa documentazione. Il reclamo dovrà contenere le seguenti informazioni:

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) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Nomenclatore ad erogazione Sanimpresa (dipendenti Roma e provincia settore terziario e turismo)

1. Benvenuto

1.1. Perché una cassa di assistenza sanitaria integrativa?

Sanimpresa è la Cassa di assistenza sanitaria integrativa di Roma e del Lazio che ha lo scopo di integrare, senza mai sostituire, l'attività del Servizio Sanitario Nazionale e di provvedere al rimborso integrale o parziale delle spese sanitarie, permettendo ai propri iscritti di godere di vantaggi concreti ed immediati. Il prolungarsi dei tempi tra richiesta e prestazione, spesso costringe le famiglie a cercare soluzioni private con notevole aggravio dei costi. Sanimpresa rappresenta la migliore soluzione per affrontare questi problemi: tempi di attesa brevi con coperture di alta qualità.

1.2. Un obbligo contrattuale, completamente a carico delle aziende

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

1.3. I servizi online offerti da Unisalute per Sanimpresa

Su **www.sanimpresa.it**, hai a disposizione un'**Area Servizi Online Sanimpresa con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

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

2. Come utilizzare le prestazioni del piano sanitario

2.1. Struttura convenzionata con Unisalute per Sanimpresa

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

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.sanimpresa.it nell'Area Servizi Online Sanimpresa o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

Prenotazione veloce

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

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

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

Importante

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

2.2. Struttura non convenzionata con Unisalute

Il Piano sanitario, in alcuni casi, può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con Sanimpresa.

Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

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

Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione a Sanimpresa "Cassa Assistenza Sanitaria Integrativa di Roma e del Lazio" – Via Enrico Tazzoli, 6 – 00195 Roma.

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

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto sul sito www.sanimpresa.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

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

- in caso di **prestazioni extra ricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

2.3. Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.sanimpresa.it all'interno dell'Area Servizi Online Sanimpresa.

È facile e veloce!

Valutazione rimborso on line
Chiedi online il rimborso ticket e indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo!

In alternativa, invia a Sanimpresa "Cassa Assistenza Sanitaria Integrativa di Roma e del Lazio" – Via Enrico Tazzoli 6 – 00195 Roma (RM), la documentazione necessaria.

3. Servizi online e mobile

3.1. Il sito di Sanimpresa

Sanimpresa propone per i propri Iscritti un'area riservata ricca di tutti i Servizi necessari per velocizzare e semplificare al massimo le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle informazioni sulle richieste di rimborso.

Collegandosi al sito www.sanimpresa.it e accedendo all'Area Servizi Online Sanimpresa (A.S.O.S.) tramite username e password è possibile:

- prenotare direttamente on line presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi a un ricovero e ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento; a seguito della richiesta di prenotazione on line, l'iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima;
- verificare ed aggiornare i tuoi dati e le tue coordinate bancarie;
- chiedere i rimborsi delle prestazioni ed inviare la documentazione direttamente dal sito;
- consultare l'estratto conto on line per la verifica dello stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate;
- consultare le prestazioni del proprio Piano sanitario;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate;
- ottenere pareri medici.

3.2. L'app di Unisalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

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

4. Le persone per cui è operante la copertura

Le prestazioni sono previste a favore dei Dipendenti del Settore Terziario e del settore Turismo di Roma e del Lazio, iscritti al Fondo EST e a Sanimpresa, in regola con i versamenti.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, all'intero nucleo familiare (fratelli e sorelle, coniuge o convivente more uxorio e figli, risultanti tutti da certificato di stato di famiglia o da autocertificazione).

Le modalità per l'iscrizione del nucleo familiare sono esposte al capitolo "Contributi".

I titolari di pensione di vecchiaia già iscritti almeno da cinque anni alla Cassa nel periodo precedente il pensionamento, hanno la facoltà di proseguire direttamente l'iscrizione a SANIMPRESA (da effettuarsi al momento del pensionamento).

Possono, sempre volontariamente, anche proseguire l'iscrizione del coniuge o convivente more uxorio e degli eventuali figli, facenti parte del nucleo familiare, se già iscritti alla Cassa da almeno cinque anni. Le modalità per l'iscrizione del pensionato e del suo nucleo familiare sono esposte nel capitolo contributi "Pensionati".

5. Le prestazioni del piano sanitario

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

- Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal piano sanitario base del fondo di appartenenza);
- Day-Hospital chirurgico;
- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- Parto cesareo;
- Ospedalizzazione domiciliare;
- Cure oncologiche;
- Prestazioni diagnostiche particolari previste solo per gli iscritti con più di 60 anni;
- Stati di non autosufficienza consolidata/permanente;

- Fisioterapia domiciliare;
- Tariffe agevolate per iscritti in stati di non autosufficienza temporanea;
- Monitor salute;
- Servizi di consulenza e assistenza

6. Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal piano sanitario base del fondo di appartenenza

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

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati alla voce Elenco Interventi Chirurgici, può godere dell'intervento e delle prestazioni di seguito indicate.

- **Intervento chirurgico**

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

- **Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

- **Rette di degenza**

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con Sanimpresa, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 210,00** al giorno.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Sanimpresa ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, con l'applicazione di una quota a carico dell'iscritto pari a **€ 2.000,00**, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

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

6.1. Day-Hospital chirurgico

Nel caso di day-hospital chirurgico (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al paragrafo "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo di appartenenza)" con i relativi limiti in essi indicati.

6.2. Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo di appartenenza)" ai punti "Intervento chirurgico e "Assistenza medica, medicinali, cure", con i relativi limiti in essi indicati.

6.3. Parto cesareo

In caso di parto cesareo, Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo di appartenenza)" nei punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure" e "Retta di degenza" con i relativi limiti in essi indicati.

La copertura è prestata fino ad un massimo di € 2.500,00 per anno associativo e per persona. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture.

6.4. Pancolonscopia e esofagogastroduodenoscopia operative

Nel caso di Pancolonscopia ed Esofagogastroduodenoscopia operativa, Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo di appartenenza)" ai punti "Intervento chirurgico" e "Assistenza medica, medicinali, cure", con una quota a carico dell'iscritto pari ad **€ 90,00.**

La copertura è prestata fino ad un limite massimo di € 1.000,00 per persona.

6.5. Indennità sostitutiva per ricovero con intervento (diverso da grande intervento chirurgico)

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a Sanimpresa, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per ogni ricovero.

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

6.6. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Sanimpresa prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 50.000,00** per anno associativo e per persona. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.



7. Ospedalizzazione domiciliare

Sanimpresa, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario (come previsto al paragrafo "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (diverso da intervento chirurgico previsto dal Piano sanitario base del Fondo di appartenenza)", mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. Sanimpresa, attraverso UniSalute, concorderà il programma medico/ riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Il limite di spesa annuo a disposizione corrisponde a € 10.000,00 per persona.



8. Cure oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche Sanimpresa liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extra ricovero), con limite di spesa autonomo.

Si intendono inclusi in copertura le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Sanimpresa ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Sanimpresa, per il tramite di UniSalute, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Sanimpresa

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **30%**.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Sanimpresa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 10.000,00 per persona.

9. Prestazioni diagnostiche particolari previste solo per gli iscritti con più di 60 anni

Sanimpresa provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate una volta l'anno solo in specifiche strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Sanimpresa indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

- **Visita psicologica**

al fine di valutare l'eventuale disagio mentale legato allo sviluppo di malattie degenerative neurologiche

- **Somministrazione test MODA**

10. Stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Copertura prevista per i soli iscritti titolari, esclusi i familiari

Sanimpresa garantisce il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate, inerenti l'utilizzo dell'aiuto di una badante, per un valore massimo corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", ed a condizione che tale stato di non autosufficienza sia stato originato da una patologia oppure sia stato causato da un infortunio professionale, con l'esclusione degli infortuni professionali occorsi in itinere.

10.1. Condizioni di assicurabilità

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

- Avere **attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo** per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
- Soddisfare la propria igiene personale
- Nutrirsi
- Spostarsi
- Vestirsi
- Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto **invalido civile nella misura di almeno il 40%**

- **Essere affetti da patologie** oncologiche benigne, dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
- **Essere affetti da tossicodipendenza** da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica

10.2. Somma assicurata

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 10 anni.**

10.3. Definizione dello stato di non autosufficienza

Come previsto dall'art. "Oggetto della garanzia", **con l'esclusione degli infortuni professionali occorsi in itinere**, 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 poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- **soddisfare la propria igiene personale** (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo). Se una persona ad esempio, ha bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi;
- **nutrirsi** (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire). Se una persona ad esempio non è in grado di tagliare gli alimenti o aprire le confezioni, non verrà riconosciuta nell'incapacità di nutrirsi;
- **spostarsi** (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio). Se una persona ad esempio può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella, di una carrozzella o di altra attrezzatura adatta, non verrà riconosciuta nell'incapacità di spostarsi da sola;
- **vestirsi** (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente). Se una persona ad esempio ha Il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non verrà riconosciuta nell'incapacità di vestirsi;

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.

10.4. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della Sanimpresa

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- chiamare il numero verde gratuito **800.016631 (**dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia **+39 0516389048**) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Sanimpresa ai fini della valutazione medica finale;
- produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: **Unisalute S.p.A. – servizi di liquidazione – via Larga 8, 40138 Bologna** – a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
- **Modulo di attivazione** della garanzia compilato e firmato.

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

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

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

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza decorre dal momento in cui Sanimpresa considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato, sempre che lo stesso si trovi in una situazione di non autosufficienza ovvero si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- **soddisfare la propria igiene personale** (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo). Se una persona ad esempio, ha bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi;
- **nutrirsi** (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire). Se una persona ad esempio non è in grado di tagliare gli alimenti o aprire le confezioni, non verrà riconosciuta nell'incapacità di nutrirsi;
- **spostarsi** (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio). Se una persona ad esempio può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella, di una carrozzella o di altra attrezzatura adatta, non verrà riconosciuta nell'incapacità di spostarsi da sola;
- **vestirsi** (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente). Se una persona ad esempio ha Il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non verrà riconosciuta nell'incapacità di vestirsi.

In risposta, Sanimpresa 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.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "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.**

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "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**.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere **inviata a Sanimpresa.**

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.

Sanimpresa 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 Sanimpresa 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**.

10.5. Richiesta e modalità di rimborso spese

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di Sanimpresa 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 il rimborso delle spese per un valore corrispondente alla **somma garantita – entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata" – nelle forme di seguito indicate e dettagliate**:

- rimborso delle spese sostenute per la badante (su presentazione di fatture, ricevute in originale, busta paga o documentazione fiscalmente valida e idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro). **L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Sanimpresa considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Assicurato.**

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

- **Modulo di attivazione** della garanzia compilato e firmato.
- **Modulo di informativa** al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce.
- **Certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero** che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).
- **Questionario dello stato di non autosufficienza** compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato.

- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare **copia della domanda** stessa, della **documentazione acclusa** e del relativo **esito**.
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto **uno o più ricoveri,** è necessario inviare alla Sanimpresa tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione a Sanimpresa della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di Sanimpresa, deve produrre specifica ed **adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento** delle spese della badante di cui chiede il rimborso.

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

10.6. Accertamento del perdurare stato di non autosufficienza

Sanimpresa 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 di Sanimpresa.

11. Fisioterapia domiciliare

A seguito dell'invio del c**ertificato emesso dall'INPS, con riconoscimento di invalidità pari o superiore al 70%**, verrà riconosciuto un **rimborso delle spese** sostenute per **trattamenti fisioterapici eseguiti a domicilio, purché collegati alla patologia per la quale è stata riconosciuta l'invalidità.** Tali trattamenti devono essere prescritti da un medico di base o da uno specialista la cui specializzazione sia pertinente alla patologia indicata nel certificato INPS.

Inoltre, devono essere eseguiti da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, con il titolo comprovato dal documento di spesa.

Il massimale annuo assicurato è di € 2.000,00.

12. Tariffe agevolate per iscritti con stati di non autosufficienza temporanea

Sanimpresa garantisce un servizio di informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza, e l'**applicazione di tariffe convenzionate per l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali attraverso la propria rete di strutture convenzionate**, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Iscritto.

Il costo di queste prestazioni si intende totalmente a carico dell'Iscritto.

La garanzia è operante in Italia.

13. Monitor salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con Unisalute Servizi S.r.l., società controllata da Unisalute S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) **rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 40 anni.**

Per attivare il Servizio, l'**Iscritto dovrà compilare l'adesione presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.**

L'Iscritto dovrà quindi collegarsi al sito dedicato all'iniziativa, inserire il proprio codice fiscale, e compilare il questionario.

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, Unisalute Servizi S.r.l. provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi.

Unisalute, che interviene in qualità di Centro Servizi ai sensi della normativa sulla Telemedicina, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Iscritto avrà inoltre a disposizione **un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nell'Art. "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".**

Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato **800.169009.**

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per persona

14. SiSereno - Prestazioni di psicoterapia online

L'Iscritto avrà la possibilità di **effettuare da remoto un percorso psicologico online tramite canale video con psicologi e psicoterapeuti** regolarmente iscritti all'Albo.

La prima seduta è compresa in garanzia mentre le successive saranno a carico dell'Iscritto a tariffa convenzionata.

Per l'attivazione del percorso, l'iscritto dovrà utilizzare il link presente nella propria area riservata sul sito www.unisalute.it, compilando il questionario avrà la possibilità di scegliere il professionista più adatto alle proprie necessità e prenotare tramite SiSalute i videoconsulti.

Il Servizio SiSereno è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute S.r.l., società di servizi, controllata da Unisalute S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi.

15. Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per conto di Sanimpresa telefonando al numero verde **800.016631** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+39 0516389046.**

Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per conto di Sanimpresa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800.212477.

Pareri medici immediati

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

Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Iscritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 chilometri.

Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Iscritto, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Iscritto e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Iscritto e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare

il trasporto dell'Iscritto al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Iscritto.

16. Contributi

A carico dell'Iscritto, da versare a Sanimpresa, sono i contributi previsti per coniuge/convivente "more uxorio", per i fratelli e sorelle e per ogni figlio tutti risultanti da stato di famiglia o dalla dichiarazione sostitutiva (autocertificazione).

Il contributo annuale per l'iscrizione del nucleo familiare è stabilito nella misura di € 288,00 per ogni componente del nucleo familiare
Il contributo per tutti i componenti del nucleo familiare, al raggiungimento dei 65 anni di età, al 31 dicembre, è di € 386,00

Per le coordinate bancarie relative al versamento per i familiari (codice Iban) vedere sul retro di copertina o sul sito www.sanimpresa.it.

17. Casi di non operatività del piano

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

Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la copertura opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- ricovero medico, day-hospital medico, l'aborto e l'aborto spontaneo;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
- i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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;

- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

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

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

Limitatamente alle prestazioni odontoiatriche e ortodontiche il Piano sanitario non è operante per:

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

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

- di fatti volontari o intenzionali dell'Iscritto, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti;
- di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- delle terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

- delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;
- di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- dirette od indirette di pandemie.

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

18. Alcuni chiarimenti importanti

18.1. Inclusioni esclusioni

In caso di successive inclusioni/esclusioni di singoli Iscritti all'interno del presente Piano sanitario la decorrenza delle rispettive coperture è regolata come di seguito indicato:

18.1.1. Nuove inclusioni in copertura

Nel caso di nuove inclusioni in copertura, la copertura per l'Iscritto come indicato all'articolo 5 "Le persone per cui è operante la copertura", decorre dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui è stata effettuata la comunicazione a Sanimpresa, sempreché tale comunicazione di inclusione venga effettuata entro il giorno 26 del mese stesso.

Qualora tale comunicazione venga effettuata dopo il giorno 26, la copertura decorrerà dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese successivo.

18.1.2. Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per gli Iscritti in copertura alla data di effetto del Piano sanitario, l'inclusione di familiari, in un momento successivo alla decorrenza del Piano sanitario, è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante invio a Sanimpresa, dell'apposito file contenente i nominativi e relativi moduli di iscrizione. La copertura decorrerà dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese in cui è stata effettuata la comunicazione a Sanimpresa, sempre che tale comunicazione di inclusione avvenga entro il giorno 20 del mese con contestuale invio del file contenente i nominativi e sia stato pagato il relativo contributo.

Qualora tale comunicazione venga effettuata dopo il giorno 20, la copertura decorrerà dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese successivo. Tale comunicazione dovrà pervenire entro il 45° giorno dalla data di variazione dello stato di famiglia. La copertura avrà scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre di ogni anno.

18.1.3. Esclusioni dalla copertura

L'esclusione di Iscritti dalla copertura, avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese a quello di comunicazione a Sanimpresa, se tale comunicazione viene effettuata entro il giorno 26 del mese stesso. Nel caso in cui la comunicazione venga effettuata dopo il giorno 26, l'esclusione avrà effetto dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese successivo.

18.1.4. Decorrenza e attivazione delle prestazioni

La decorrenza per la copertura delle prestazioni sanitarie è la stessa prevista dal Piano sanitario base del Fondo EST, sempre che lo stesso Fondo EST abbia inviato a Sanimpresa la documentazione e pagato il relativo contributo.

18.1.5. Pensionati

I titolari di pensione di anzianità e di vecchiaia già iscritti almeno da cinque anni alla Cassa nel periodo precedente il pensionamento, hanno la facoltà di proseguire direttamente l'iscrizione a SANIMPRESA (da effettuarsi al momento del pensionamento) fino al compimento dei **100** anni.

Possono anche proseguire l'iscrizione del coniuge o convivente more uxorio e degli eventuali figli, facenti parte del nucleo familiare, se già iscritti alla Cassa da almeno cinque anni.

Quando un componente del nucleo familiare raggiunge il **90°** anno di età, il Piano sanitario, limitatamente a questo Iscritto, cesserà alla prima scadenza annua.

Qualora il pensionato decida volontariamente di escludersi dalla copertura sanitaria di Sanimpresa, o decida di escludere il proprio nucleo familiare, anche per un solo anno, in entrambi i casi, gli stessi non potranno più essere reinseriti.

Il contributo annuale, da versare entro il **15 novembre** di ogni anno per ogni pensionato, è fissato nella misura di € 350,00.

L'importo per i familiari (coniuge o convivente more uxorio e figli) è quello previsto al capitolo "Contributi".

Per le coordinate bancarie relative al versamento per i familiari (codice Iban) vedere sul retro di copertina o sul sito www.sanimpresa.it.

18.2. Validità territoriale

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

Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.
Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

18.3. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **90°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **91°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **90°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

18.4. Gestione dei documenti di spesa

18.4.1. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Sanimpresa

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

18.4.2. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute per Sanimpresa

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

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

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

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;

- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Iscritto.



Nomenclatore ad erogazione diretta Fondo Est per i figli minori

1. Lenti e occhiali

Possono beneficiare della copertura sanitaria i figli minorenni dell'iscritto, identificato come caponucleo, e censiti nei sistemi di Fondo Est. Se entrambi i genitori sono iscritti e censiti come caponucleo, solo uno dei due potrà richiedere le prestazioni.

Fondo Est provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista. È ammesso a rimborso anche l'acquisto di lenti prismatiche.

È possibile effettuare l'acquisto in qualsiasi esercizio commerciale.

Il rimborso viene concesso ogni 18 mesi, su una singola fattura per lenti o occhiali **intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo e censito nei sistemi di Fondo Est.**

Una nuova richiesta di rimborso potrà essere presentata solo al termine di questo periodo.

L'importo rimborsabile per fattura è di € 90,00 ogni 18 mesi per figlio minorenne dell'iscritto caponucleo e censito nei sistemi del Fondo Est.

COSA SI INTENDE PER IMPORTO RIMBORSABILE PER FATTURA (MASSIMALE)?

Si intende che il contributo viene erogato una sola volta nei limiti di **€ 90,00** a fronte di una fattura per l'acquisto di lenti, lenti a contatto e occhiali intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo e censito nei sistemi di Fondo Est. L'acquisto della sola montatura non sarà ammesso a rimborso. In nessun caso il massimale potrà essere raggiunto sommando più richieste nel corso dei 18 mesi.

Non saranno ammessi a rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche

Documentazione richiesta ai fini del rimborso:

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia della prescrizione del medico oculista **intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, e censito nei sistemi di Fondo Est** attestante le diottrie sferiche e/o cilindriche mancanti. Saranno ritenute valide le prescrizioni rilasciate fino a 3 mesi antecedenti la data della fattura. Non saranno accettate prescrizioni emesse successivamente alla data di acquisto né prescrizioni di ortottici e ottici;
2. Copia della fattura attestante l'acquisto del presidio **intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo e censito nei sistemi di Fondo Est.**

La documentazione deve essere trasmessa dall'iscritto caponucleo in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst "Gestione familiari: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo all'acquisto del presidio

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

2. Diagnostica

Possono beneficiare della copertura sanitaria i figli minorenni dell'iscritto, identificato come caponucleo, e censiti nei sistemi di Fondo Est. Se entrambi i genitori sono iscritti e censiti come caponucleo, solo uno dei due potrà richiedere le prestazioni.

Gli accertamenti diagnostici compresi nella presente garanzia, gestiti direttamente da Fondo Est in forma rimborsuale, sono suddivisi in due sotto-aree, denominate Area Diagnostica Specialistica e Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, in funzione della tipologia di prestazione. A ciascuna sotto-area corrispondono massimali distinti.

Per le prestazioni previste nell'area Diagnostica ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente il caponucleo potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia del Ticket Sanitario **intestato al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est,** con indicazione della prestazione sostenuta.
2. Copia della prescrizione medica **intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'iscritto caponucleo in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst "Gestione familiari: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

N.B.: Le prestazioni di natura odontoiatrica sono escluse dalla garanzia

3. Area diagnostica specialistica

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni fruite per figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi del Fondo Est, è di € 6.000,00. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari intestati al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est, nei limiti del massimale suddetto per le prestazioni di seguito indicate.

LE PRESTAZIONI COMPRESE NELL'AREA DIAGNOSTICA SONO:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)
• Esami radiologici apparato osteoarticolare;
• Mammografia monolaterale e bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica senza indicazione della patologia);
• RX colonna vertebrale in toto;

- RX di organo apparato;
- RX esofago;
- RX esofago esame diretto;
- RX tenue seriato;
- RX tubo digerente;
- RX tubo digerente prime vie;
- RX tubo digerente seconde vie.

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio);
- Artrografia;
- Cavernosografia;
- Cistografia/doppio contrasto;
- Cisturetrografia minzionale;
- Clisma opaco e/a doppio contrasto;
- Colangiografia;
- Colecistografia;
- Colpografia;
- Coronarografia (compreso eventuale ricovero in day hospital);
- Dacriocistografia;
- Defecografia;
- Esame urodinamico;
- Fistolografia;
- Flebografia;
- Fluorangiografia;
- Galattografia;
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia;
- Linfografia;
- Mammografia monolaterale e bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica senza indicazione della patologia);
- RX esofago con contrasto opaco/doppio contrasto;
- RX piccolo intestino con doppio contrasto;
- RX stomaco con doppio contrasto;

- RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo;
- RX tubo digerente completo compreso esofago con contrasto;
- Scialografia con contrasto;
- Uretrocistografia;
- Urografia;
- Vesciculodeferentografia.

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria;
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale;
- Ecografia prostatica anche transrettale;
- Ecografia addome superiore;
- Ecografia addome inferiore;
- Ecografia muscolo tendinea;
- Ecografia osteoarticolare;
- Ecografia parti molli;
- Ecografia tiroidea;
- Ecografia transrettale;
- Ecografia oculare;
- Ecografia cardiaca.

Ecocolordopplergrafia

- Ecodoppler cardiaco compreso color;
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori;
- Ecocolordoppler aorta addominale;
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici.

Tomografia computerizzata (TC)

- Angio TC;
- Angio TC distretti eso o endocranici;
- TC spirale multistrato (64 strati);
- TC con e senza mezzo di contrasto.
- OCT.

Risonanza magnetica (RM)

- Angio RM con contrasto;
- Cine RM Cuore;
- RMN con e senza mezzo di contrasto.

PET

- Tomografia ad emissione di positroni (PET) per organo-distretto-apparato.

Scintigrafia

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia);
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate;
- Tomoscintigrafia (SPET) cerebrale;
- Tomoscintigrafia SPET miocardica.

Diagnostica strumentale

- Campimetria;
- ECG dinamico con event recorder esterno;
- Elettrocardiogramma (ECG);
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter);
- Elettrocardiogramma (ECG) sotto sforzo;
- Elettroencefalogramma;
- Elettroencefalogramma (EEG) con privazione sonno;
- Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore;
- Elettromiografia (EMG);
- Elettroretinogramma;
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa;
- Pap – Test con esami microbiologici;
- Phmetria esofagea gastrica;
- Potenziali evocati;
- Spirometria;
- Tomografia mappa strumentale della cornea.

Biopsie

- Tutte.

Endoscopie diagnostiche ed operative

- Cistoscopia;

• Esofagogastroduodenoscopia;
• Isteroscopia (compreso eventuale ricovero in day hospital per l'isteroscopia operativa);
• Pancolonscopia;
• Rettoscopia;
• Rettosigmoidoscopia;
• Tracheobroncoscopia.
Varie
• Biopsia del linfonodo sentinella;
• Emogasanalisi arteriosa;
• Lavaggio bronco alveolare endoscopico;
• Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere (compreso eventuale ricovero
in day hospital).

Per le prestazioni previste nell'Area Diagnostica Specialistica ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente il caponucleo potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia del Ticket Sanitario **intestato al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est**, con indicazione della prestazione sostenuta.
2. Copia della prescrizione medica **intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'iscritto caponucleo in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst "Gestione familiari: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

N.B.: Le prestazioni di natura odontoiatrica sono escluse dalla garanzia



4. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni fruite per figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi del Fondo Est, è di € 500,00. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari intestati al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est nei limiti del massimale suddetto.

Rientrano in questa garanzia tutti gli accertamenti diagnostici non compresi nell'elenco della garanzia Area Diagnostica Specialistica sopra indicata

Esempi di prestazioni che rientrano in copertura:

- Esami ematochimici (esami del sangue, delle urine e delle feci);
- Pronto Soccorso;
- Test allergologici.

Per le prestazioni previste nell'area Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente il caponucleo potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia del Ticket Sanitario **intestato al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est**, con indicazione della prestazione sostenuta.
2. Copia della prescrizione medica **intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est**, con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'iscritto caponucleo in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst "Gestione familiari: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

N.B.: Le prestazioni di natura odontoiatrica sono escluse dalla garanzia

5. Visite specialistiche

Possono beneficiare della copertura sanitaria i figli minorenni dell'iscritto, identificato come caponucleo, e censito nei sistemi di Fondo Est. Se entrambi i genitori sono iscritti e censiti come caponucleo, solo uno dei due potrà richiedere le prestazioni.

Fondo Est gestisce direttamente il rimborso dei Ticket SSN intestati al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est, per visite specialistiche.

Per le prestazioni previste nell'area Visite Specialistiche ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente il caponucleo potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni fruite per figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi del Fondo Est, è di € 700,00.

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari intestati al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est nei limiti del massimale suddetto.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'Iscritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia del Ticket Sanitario **intestato al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est** con indicazione della prestazione sostenuta.
2. Copia della prescrizione medica **intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'iscritto caponucleo in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst "Gestione familiari: inserisci la tua richiesta di rimborso con Fondo Est" sul sito www.fondoest.it.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata.

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

N.B.: Le prestazioni di natura odontoiatrica sono escluse dalla garanzia

6. Esclusioni del piano sanitario

SONO ESCLUSE DALL'OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO DI FONDO EST:

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dal figlio minorenne dell'iscritto e censito nei sistemi del Fondo Est;
- le visite effettuate da personale sanitario non in possesso di specializzazioni riconosciute dalla vigente legislazione.

Professione intramuraria

Le prestazioni erogate a pagamento dai medici negli ospedali pubblici (regime intramoenia o libera professione intramuraria), non sono rimborsabili.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Nomenclatore ad erogazione Unisalute per i figli minori

1. Presentazione

Con questa Guida intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano. Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano. La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

1.1. Servizi online su www.fondoest.it

Fondo Est propone un'area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie.

Collegandosi al sito www.fondoest.it e accedendo all'Area Riservata è possibile:

- consultare le prestazioni del proprio piano sanitario;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate.

2. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano Sanitario del Fondo Est, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute. È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano. Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Est ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano. Il Fondo Est, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società UniSalute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti dalla garanzia.

3. Come utilizzare le prestazioni del piano sanitario

3.1. Per prima cosa consultare Fondo Est

Quando il figlio minorenne dell'Iscritto caponucleo e censito nei sistemi di Fondo Est ha bisogno di prestazioni di ortodonzia e dei pacchetti di prevenzione, occorre consultare il sito internet www.fondoest.it o contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute al numero **051.4185748** (dall'estero: prefisso per l'Italia +390516389046) orari: 8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì. Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario. Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto.

3.2. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est

UniSalute ha predisposto per i figli minorenni dell'Iscritto caponucleo e censiti nei sistemi di Fondo Est un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato. I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società e, dunque, ai figli minorenni dell'Iscritto caponucleo, e censiti nei sistemi di Fondo Est.

L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile su www.fondoest.it. I figli minorenni dell'Iscritto caponucleo, e censiti nei sistemi di Fondo Est, per la prestazione che lo prevede, utilizzando le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est conseguono alcuni vantaggi rilevanti:

- I pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Est, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili prevista dalla garanzia.
- Contattando il numero della Centrale Operativa di Unisalute **051.4185748** dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 19.30 l'Iscritto caponucleo verificherà con l'operatore il centro e il medico convenzionato e gli verrà spiegato l'iter di prenotazione.
- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Est, garantiscono i livelli di qualità e di efficienza.
- All'atto dell'effettuazione della prestazione, si dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante l'identità del figlio minorenne dell'iscritto caponucleo.
- Il Fondo Est, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, con i limiti poc'anzi enunciati.

L'Iscritto caponucleo per conto del figlio minorenne 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, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

ATTENZIONE Per avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, si può consultare il sito **www.fondoest.it** nella sezione **MyFondoEst.**

4. Prestazioni di ortodonzia

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6. "Casi di non operatività del piano", Fondo Est provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui ci si avvalga di strutture sanitarie e del personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est. Le spese per le prestazioni **erogate al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, e censito nei sistemi di Fondo Est vengono liquidate direttamente da Fondo Est,** per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 350,00 per figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, e censito nei sistemi di Fondo Est ed è concesso ogni 24 mesi nelle seguenti modalità:

il massimale biennale di € 350,00 per il biennio di calendario 2026–2027.

Come è possibile attivare la garanzia?

Contattando il numero della Centrale Operativa di Unisalute 051.4185748 dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 19.30.

Si precisa che le richieste devono pervenire dall'iscritto caponucleo per conto del figlio minorenne e censito nei sistemi di Fondo Est.

Se entrambi i genitori sono iscritti e censiti come caponucleo, solo uno dei due potrà richiedere le prestazioni.

5. Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)

Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est, indicate dalla Centrale Operativa di UniSalute previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Ogni pacchetto deve essere effettuato in un'unica soluzione ed è fruibile una volta l'anno.

Nel corso dell'anno è altresì possibile fruire di più pacchetti, fermo restando l'accesso per fascia d'età.

Come è possibile attivare la garanzia?

Accedendo all'area riservata MyFondoEst – Gestione Familiari oppure contattando il numero della Centrale Operativa di UniSalute 051.4185748 dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 19.30.

Si precisa che le richieste devono pervenire dall'iscritto caponucleo per conto del figlio minorenne e censito nei sistemi di Fondo Est. Se entrambi i genitori sono iscritti e censiti come caponucleo, solo uno dei due potrà effettuare le richieste.

Il Piano Sanitario prevede per i figli minorenni degli iscritti di avvalersi, solo nel caso di provincia priva di strutture convenzionate in cui effettuare la prestazione e previa autorizzazione dalla centrale UniSalute, di una struttura sanitaria privata non convenzionata da UniSalute per il Fondo Est.

Nel caso in cui la Centrale Operativa di UniSalute autorizzi l'esecuzione delle prestazioni in strutture non convenzionate da UniSalute per Fondo Est, le spese relative vengono rimborsate nella misura massima di 60€ per singolo pacchetto.

La documentazione di spesa dovrà essere intestata al figlio minorenne dell'iscritto caponucleo, censito nei sistemi di Fondo Est.

Per evitare numerosi invii di documenti di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, il caponucleo è invitato a raccogliere la documentazione necessaria al rimborso e può **caricare i documenti in area riservata My Fondo Est raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez.** "Gestione familiari: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute".

In alternativa può inviarla direttamente al Fondo Est al seguente indirizzo:

UniSalute S.p.A. – Fondo Est – rimborsi Clienti – Via Larga 8 – 40138 Bologna (BO).

Sono esclusi gli invii tramite corriere.

Pacchetti prevenzione specifici per fasce d'età

- **Pacchetto prevenzione oculistica**: visita specialistica oculistica completa con Stereopsi e color test (3 – 8 anni).
- **Pacchetto prevenzione otorinolaringoiatrica**: visita specialistica otorinolaringoiatrica con test audiometrico (0 – 2 anni).
- **Pacchetto prevenzione neuropsichiatrica:** visita neuropsichiatrica (3- 11 anni).
- **Pacchetto prevenzione ortopedica:** visita specialistica ortopedica (9- 17 anni).
- **Pacchetto prevenzione celiachia**: esami di laboratorio per screening della celiachia (emocromo completo con formula, anticorpi anti endomisio (ema) e anticorpi antitransglutaminasi) (3 – 4 anni).
- **Pacchetto prevenzione endocrinologica**: visita specialistica endocrinologica (9-17 anni).
- **Pacchetto prevenzione allergologica**: visita Allergologica (0 – 17 anni).

Quali sono i requisiti di età per l'accesso ai Pacchetti?

Ogni fascia di età comprende esclusivamente i figli minorenni che abbiano già compiuto l'età minima prevista e che abbiano compiuto l'età massima indicata.

Esempi:

Pacchetto prevenzione Celiachia: rientrano i figli minorenni degli iscritti che abbiano 3 o 4 anni compiuti. Dal giorno del compimento del quinto anno di età, l'accesso al Pacchetto non sarà più consentito.

Pacchetto prevenzione ortopedica: rientrano i figli minorenni degli iscritti che abbiano tra i 9 e i 17 anni compiuti. Dal giorno del compimento del diciottesimo anno di età, l'accesso al Pacchetto non sarà più consentito.

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di un anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione fruita.

6. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero 051.4185748 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 0516389046.

a) **Informazioni generiche sul contratto**

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura;
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso;
- modalità di richiesta di rimborso.

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

7. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario 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 dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;

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

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

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

8. Alcuni chiarimenti importanti

8.1. Validità territoriale

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

8.2. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A. **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.**

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura al caponucleo.

B. **Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.**

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora il Fondo Est dovesse richiedere al caponucleo la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dal caponucleo al Fondo al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. - Fondo Est - Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita al caponucleo dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

ATTENZIONE

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre 1 anno non saranno rimborsati.

9. Strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento al sito internet **www.fondoest.it** oppure telefonare alla Centrale Operativa di UniSalute al numero **051.4185748**.

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it. oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.**

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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

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

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

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

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.

eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financialdispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

10. Regolamento sulle prestazioni sanitarie di Fondo Est per i figli minori

Art. 1 - Ambito di applicazione e decorrenza

A decorrere dal 1° settembre 2025, Fondo Est ha esteso, in via sperimentale, l'accesso ad alcune specifiche prestazioni sanitarie in favore dei figli minori delle lavoratrici e dei lavoratori regolarmente iscritti al Fondo.

Art. 2 - Definizione di figlio minore

Ai fini del presente Regolamento, l'espressione "Figlio Minore" si riferisce a:

- Figli naturali, riconosciuti, adottivi, affidati.
- Con età anagrafica inferiore ai 18 anni.

Art. 3 - Censimento e procedure di iscrizione

Per usufruire delle prestazioni, la lavoratrice o il lavoratore iscritto a Fondo Est (di seguito il "caponucleo") è tenuta/o ad effettuare il censimento del proprio nucleo familiare, inserendo esclusivamente i figli minori.

Il censimento può essere effettuato in qualsiasi momento dell'anno, esclusivamente online tramite l'area riservata, inserendo i dati anagrafici e di residenza richiesti e caricando la documentazione di cui all'Art. 4.

Nel caso in cui entrambi i genitori siano iscritti al Fondo, entrambi hanno la facoltà di censire il minore.

Art. 4 - Documentazione richiesta

Per l'iscrizione del figlio minorenne, è necessario caricare, per ogni figlio minore, un solo documento, dal quale sia chiaramente evincibile il vincolo di genitorialità o di affido/adozione, come ad esempio:

A) Esclusivamente il prospetto "Familiari a Carico" presente nella Certificazione Unica (CU) del genitore.

B) Esclusivamente il prospetto “Dati relativi al coniuge e ai familiari a carico” presente nella Dichiarazione dei Redditi (Modello 730 o Modello Redditi Persone Fisiche).

C) Copia integrale dell’atto di nascita.

D) Estratto per riassunto dai registri degli atti di nascita.

E) Certificato di stato di famiglia con rapporti di parentela.

F) Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà (Autocertificazione): ammessa solo in casistiche residuali e limitate, previa valutazione e autorizzazione del Fondo.

Art. 5 - Validazione del censimento

Dopo aver completato le procedure di censimento, è necessario attendere la validazione da parte del Fondo per la corretta registrazione del familiare e dei documenti caricati.

In caso di problemi (ad esempio: documento illeggibile o discrepanze nel codice fiscale), verrà inviata una comunicazione via email al caponucleo per la tempestiva rettifica dell’errore. La copertura decorrerà solo a seguito della validazione positiva del Fondo.

Art. 6 - Modifiche e aggiornamenti dei dati

È possibile modificare i dati inseriti in qualsiasi momento (ad esempio, per censire un nascituro o in caso di adozione/affidamento). Qualsiasi modifica comporta una nuova procedura di censimento che sarà soggetta a validazione da parte del Fondo secondo le modalità previste all’Art. 5.

Art. 7 - Controlli e sanzioni sulla documentazione

La documentazione inviata sarà soggetta a controlli mirati alla verifica della coerenza e veridicità dei dati forniti. Fondo Est si riserva, in caso di dichiarazioni mendaci o di utilizzo di documentazione non veritiera, di procedere:

- Alla segnalazione immediata alle autorità competenti.
- Alla sospensione o revoca immediata della copertura attivata irregolarmente.

Art. 8 - Validità della copertura e cessazione del vincolo fiscale

A partire dal censimento che sarà effettuato nell’anno 2026, non sarà più richiesto il rinnovo annuale dell’iscrizione per i figli minori, essendo cessato il vincolo dell’essere fiscalmente a carico.

I figli minori, una volta censiti correttamente, rimarranno automaticamente iscritti al Fondo fino al compimento del diciottesimo anno di età, fatto salvo quanto previsto dal successivo Art. 9.

I figli minori iscritti nel corso del 2025 mantengono l’iscrizione automatica fino al compimento del 18° anno.

Resta naturalmente la facoltà del caponucleo di richiedere la chiusura della posizione del minore in qualsiasi momento, accedendo alla propria area riservata, rinunciando in tal modo alle prestazioni previste per i propri figli.

Art. 9 - Copertura sanitaria: decorrenza e sospensione

La copertura sanitaria dei minori è inscindibilmente collegata a quella del caponucleo (lavoratrice o lavoratore iscritto e regolarmente in copertura a Fondo Est).

Di conseguenza, in caso di sospensione (es. aspettativa non retribuita) o cessazione del rapporto lavorativo del caponucleo, la copertura sanitaria per il minore sarà automaticamente sospesa o cessata, seguendo le medesime modalità applicate al caponucleo.

Nel caso in cui il minore sia stato iscritto da entrambi i genitori (caponucleo), la copertura del minore sarà garantita purché almeno uno dei due genitori risulti regolarmente in copertura sanitaria.

La decorrenza, la durata e la validità della copertura, inclusa l'applicazione di eventuali condizioni di carenza, sono disciplinate secondo le medesime modalità previste dal Regolamento delle Attività del Fondo per il caponucleo.

Art. 10 - Richieste di prestazioni e rimborsi

La prenotazione delle prestazioni sanitarie o la richiesta di rimborso per il minore potranno essere effettuate esclusivamente dal caponucleo (lavoratrice o lavoratore iscritto e in copertura a Fondo Est).

Nel caso in cui entrambi i genitori siano iscritti, solo un genitore potrà effettuare le richieste e ricevere i rimborsi per le stesse prestazioni.

Nomenclatore ad erogazione diretta Fondo Est per i coniugi e conviventi di fatto fiscalmente a carico

1. Diagnostica

L'avente diritto può beneficiare della copertura sanitaria per prestazioni fruite e documenti di spesa datati a partire dal 1° giugno 2026.

Gli accertamenti diagnostici compresi nella presente garanzia, gestiti direttamente da Fondo Est in forma rimborsuale, sono suddivisi in due sotto-aree, denominate Area Diagnostica Specialistica e Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, in funzione della tipologia di prestazione. A ciascuna sotto-area corrispondono massimali distinti.

Per le prestazioni previste nell'area Diagnostica ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente l'avente diritto potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'avente diritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia del Ticket Sanitario **intestato all'avente diritto**, con indicazione della prestazione sostenuta.
2. Copia della prescrizione medica i**ntestato all'avente diritto** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'avente diritto, in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst "Richiedi un rimborso" sul sito www.fondoest.it

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

N.B.: Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione UniSalute.



2. Area diagnostica specialistica

Il massimale assicurato dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per il complesso delle prestazioni fruite dall'avente diritto, è di € 6.000,00 per avente diritto. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari intestati all'avente diritto, nei limiti del massimale suddetto per le prestazioni di seguito indicate.

LE PRESTAZIONI COMPRESE NELL'AREA DIAGNOSTICA SONO:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare;
- Mammografia monolaterale e bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica senza indicazione della patologia);
- RX colonna vertebrale in toto;
- RX di organo apparato;
- RX esofago;
- RX esofago esame diretto;
- RX tenue seriato;
- RX tubo digerente;
- RX tubo digerente prime vie;
- RX tubo digerente seconde vie.

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio);
- Artrografia;
- Cavernosografia;
- Cistografia/doppio contrasto;
- Cisturetrografia minzionale;
- Clisma opaco e/a doppio contrasto;
- Colangiografia;
- Colecistografia;
- Colpografia;
- Coronarografia (compreso eventuale ricovero in day hospital);
- Dacriocistografia;
- Defecografia;
- Esame urodinamico;
- Fistolografia;
- Flebografia;
- Fluorangiografia;
- Galattografia;
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia;

- Linfografia;
- Mammografia monolaterale e bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica senza indicazione della patologia);
- RX esofago con contrasto opaco/doppio contrasto;
- RX piccolo intestino con doppio contrasto;
- RX stomaco con doppio contrasto;
- RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo;
- RX tubo digerente completo compreso esofago con contrasto;
- Scialografia con contrasto;
- Uretrocistografia;
- Urografia;
- Vesciculodeferentografia.

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria;
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale;
- Ecografia prostatica anche transrettale;
- Ecografia addome superiore;
- Ecografia addome inferiore;
- Ecografia muscolo tendinea;
- Ecografia osteoarticolare;
- Ecografia parti molli;
- Ecografia tiroidea;
- Ecografia transrettale;
- Ecografia oculare;
- Ecografia cardiaca.

Ecocolordopplergrafia

- Ecodoppler cardiaco compreso color;
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori;
- Ecocolordoppler aorta addominale;
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici.

Tomografia computerizzata (TC)

- Angio TC;

- Angio TC distretti eso o endocranici;
- TC spirale multistrato (64 strati);
- TC con e senza mezzo di contrasto.
- OCT.

Risonanza magnetica (RM)

- Angio RM con contrasto;
- Cine RM Cuore;
- RMN con e senza mezzo di contrasto.

PET

- Tomografia ad emissione di positroni (PET) per organo-distretto-apparato.

Scintigrafia

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia);
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate;
- Tomoscintigrafia (SPET) cerebrale;
- Tomoscintigrafia SPET miocardica.

Diagnostica strumentale

- Campimetria;
- ECG dinamico con event recorder esterno;
- Elettrocardiogramma (ECG);
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter);
- Elettrocardiogramma (ECG) sotto sforzo;
- Elettroencefalogramma;
- Elettroencefalogramma (EEG) con privazione sonno;
- Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore;
- Elettromiografia (EMG);
- Elettroretinogramma;
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa;
- Pap – Test con esami microbiologici;
- Phmetria esofagea gastrica;
- Potenziali evocati;
- Spirometria;

• Tomografia mappa strumentale della cornea.
Biopsie
• Tutte.
Endoscopie diagnostiche ed operative
• Cistoscopia;
• Esofagogastroduodenoscopia;
• Isteroscopia (compreso eventuale ricovero in day hospital per l'isteroscopia operativa);
• Pancolonscopia;
• Rettoscopia;
• Rettosigmoidoscopia;
• Tracheobroncoscopia.
Varie
• Biopsia del linfonodo sentinella;
• Emogasanalisi arteriosa;
• Lavaggio bronco alveolare endoscopico;
• Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere (compreso eventuale ricovero
in day hospital).

Per le prestazioni previste nell'Area Diagnostica Specialistica ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente l'avente diritto, potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'avente diritto dovrà trasmettere al Fondo:

1. Copia del Ticket Sanitario **intestato all'avente diritto**, con indicazione della prestazione sostenuta.
2. Copia della prescrizione medica i**ntestata all'avente diritto** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'avente diritto, in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst "Richiedi un rimborso" sul sito www.fondoest.it

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

N.B.: Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione UniSalute.

3. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Il massimale assicurato dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per il complesso delle prestazioni fruite dall'avente diritto è di € 500,00 per avente diritto. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale suddetto.

Rientrano in questa garanzia tutti gli accertamenti diagnostici non compresi nell'elenco della garanzia Area Diagnostica Specialistica sopra indicata

Esempi di prestazioni che rientrano in copertura:

- Esami ematochimici (esami del sangue, delle urine e delle feci);
- Pronto Soccorso;
- Test allergologici.

Per le prestazioni previste nell'area Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente l'avente diritto potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'avente diritto dovrà trasmettere al Fondo:

3. Copia del Ticket Sanitario **intestato all'avente diritto**, con indicazione della prestazione sostenuta.
4. Copia della prescrizione medica i**ntestata all'avente diritto** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'avente diritto, in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst "Richiedi un rimborso" sul sito www.fondoest.it

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

N.B.: Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione UniSalute.

4. Visite specialistiche

L'avente diritto può beneficiare della copertura sanitaria per prestazioni fruite e documenti di spesa datati a partire dal 1° giugno 2026.

Fondo Est gestisce direttamente il rimborso dei Ticket SSN per visite specialistiche.

Per le prestazioni previste nell'area Visite Specialistiche ci si può avvalere di strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e successivamente l'avente diritto, potrà richiederne il rimborso.

Le prestazioni sono previste in caso di patologia (presunta o accertata) indicata in prescrizione medica intestata all'avente diritto.

Il massimale assicurato dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per il complesso delle prestazioni fruite dall'avente diritto, è di € 700,00 per avente diritto.

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari nei limiti del massimale suddetto.

Documentazione richiesta ai fini del rimborso del ticket SSN:

L'avente diritto dovrà trasmettere al Fondo:

5. Copia del Ticket Sanitario **intestato all'avente diritto**, con indicazione della prestazione sostenuta.
6. Copia della prescrizione medica i**ntestata all'avente diritto** con l'indicazione della patologia presunta o accertata.

La documentazione deve essere trasmessa dall'avente diritto, in via telematica tramite accesso alla propria area MyFondoEst "Richiedi un rimborso" sul sito www.fondoest.it

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data del documento di spesa relativo alla prestazione effettuata

Si ricorda che il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

N.B.: Si ricorda che le prestazioni odontoiatriche sono ricomprese nel Piano Sanitario ad erogazione UniSalute.

5. Esclusioni del piano sanitario

SONO ESCLUSE DALL'OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO DI FONDO EST:

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale (FIVET);
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'avente diritto;
- le visite effettuate da personale sanitario non in possesso di specializzazioni riconosciute dalla vigente legislazione.

Professione intramuraria

Le prestazioni erogate a pagamento dai medici negli ospedali pubblici (regime intramoenia o libera professione intramuraria), non sono rimborsabili, tranne che per le garanzie nelle quali è ammesso il rimborso di prestazioni effettuate privatamente.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Nomenclatore ad erogazione Unisalute per i coniugi e conviventi di fatto fiscalmente a carico

1. Presentazione

Con questa Guida intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano. Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano. La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

1.1. Servizi online su www.fondoest.it

Fondo Est propone per gli aventi diritto un'area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle informazioni sulle richieste di rimborso. Collegandosi al sito www.fondoest.it e accedendo all'Area Riservata MyFondoEst tramite username e password è possibile:

- prenotare direttamente on line presso le strutture convenzionate; questa procedura consente di sapere in modo veloce e immediato se la prestazione richiesta è coperta dal piano sanitario e di conoscere se il medico scelto è convenzionato. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'avente diritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima;
- consultare l'estratto conto on line per la verifica dello stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate. Direttamente sul sito, senza dover accedere alle proprie pagine personali, è possibile:
- consultare le prestazioni del proprio piano sanitario;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate

2. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano Sanitario del Fondo Est, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano.

Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Est ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Est, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'avente diritto, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società UniSalute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che dall'avente diritto venga anticipata alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti dalle singole garanzie.

3. Come utilizzare le prestazioni del piano sanitario

3.1. Per prima cosa consultare Fondo Est

Quando l'avente diritto ha bisogno di cure mediche, occorre consultare il sito internet www.fondoest.it o contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute al numero **051 4185748** (dall'estero: prefisso per l'Italia +**39051 6389046**) orari: 8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario. Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel Piano Sanitario i medici sono a disposizione per aiutare l'avente diritto censito a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed ugualmente 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 e fatture). È 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.

3.2. Prestazioni nel 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 anche il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'avente diritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche, la seguente soluzione:

- Qualora l'avente diritto sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato, salvo quanto previsto alle singole garanzie.

Se l'avente diritto vuole prenotare in una struttura pubblica (SSN) non è necessario che contatti la Centrale Operativa, basta che si rechi al CUP e prenoti.

Per ottenere il rimborso delle spese, l'avente diritto deve caricare i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute".

In alternativa, l'avente diritto può inviare direttamente la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali) al Fondo Est al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. - Fondo Est - Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

3.3. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est

UniSalute ha predisposto per l'avente diritto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società e, dunque, all'avente diritto.

L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile su www.fondoest.it. L'avente diritto per la prestazione che lo prevede, utilizzando le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est consegue alcuni vantaggi rilevanti:

- I pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Est, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili prevista dalla garanzia.
- Può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la funzione di prenotazione on line presente nell'Area Riservata del sito www.fondoest.it che gli permette di sapere immediatamente se la prestazione che l'avente diritto sta prenotando è coperta dal Piano Sanitario e se i medici scelti sono convenzionati. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'avente diritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Nell'impossibilità di accedere al sito l'avente diritto dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero **051 4185748**.
- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Est, garantiscono i livelli di qualità e di efficienza.
- All'atto dell'effettuazione della prestazione, si dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante l'identità dell'avente diritto.
- Il Fondo Est, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, con i limiti poc'anzi enunciati.

L'avente diritto 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, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

ATTENZIONE

Per avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, si può consultare il sito www.fondoest.it nella sezione MyFondoEst. Sulle pagine riservate, si potranno cercare le strutture convenzionate e si potrà richiedere la prenotazione on line della prestazione.

A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'avente diritto, riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Per le prenotazioni è possibile anche contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero 051 4185748.

COME VISUALIZZARE LO STATO DEI RIMBORSI

Il modo più veloce per verificare lo stato dei propri rimborsi è tramite il sito www.fondoest.it - nella sezione MyFondoEst - accessibile tramite username e password, che garantiscono la riservatezza dei dati.

L'avente diritto potrà verificare la sua posizione sempre aggiornata relativamente alla documentazione che ci ha inviato.

4. Le prestazioni del piano sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- Accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- Prestazioni di ortodonzia;
- Prestazioni di implantologia;
- Avulsione (estrazione denti);
- Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione);
- Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);
- Servizi di consulenza.

5. Accertamenti diagnostici odontoiatrici

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026, in deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Ortopantomografia;
- Radiografie endorali;
- Dentalscan.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est, le spese per le prestazioni erogate all'avente diritto vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'avente diritto di € 35,00 per ogni prestazione.

Nel caso in cui l'avente diritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.

L'avente diritto deve caricare i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute". In alternativa, per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'avente diritto può raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso e inviarla direttamente al Fondo Est al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. - Fondo Est - Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

Il massimale assicurato dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00 per avente diritto.

6. Prestazioni di ortodonzia

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026, in deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'avente diritto si avvalga di strutture sanitarie e il personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est.

Le spese per le prestazioni erogate all'avente diritto vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Il massimale assicurato dal 1° giugno al 31 dicembre 2026 per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00 per avente diritto.

7. Prestazioni di implantologia

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026, in deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

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

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'**avente diritto** si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est.

Le spese per le prestazioni erogate all'avente diritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere **versato direttamente dall'avente diritto alla struttura convenzionata.**

La disponibilità per la presente garanzia è di € 5.100,00 dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 4.300,00 nel caso di applicazione di cinque impianti, un sottomassimale pari a € 3.800,00 nel caso di applicazione di quattro impianti, un sottomassimale pari a € 3.300,00 nel caso di applicazione di tre impianti, un sottomassimale pari a € 2.200,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottomassimale pari a € 1.100,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo la prima applicazione di uno o più impianti, dovesse subentrare l'esigenza di effettuare ulteriori impianti, questi ultimi verranno liquidati nell'ambito del sottomassimale relativo al numero complessivo di impianti effettuati, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Ad esempio, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di due impianti si rendesse necessario l'innesto di un terzo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 3.300,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

8. Avulsione (estrazione denti)

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026, in deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'avente diritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Est. Le spese per le prestazioni erogate all'avente diritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'avente diritto alla struttura convenzionata.

9. Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026, in deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, Fondo Est provvede al pagamento, nella misura del 75%, di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione:

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

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

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

10. Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)

A partire dal 1° giugno 2026, per prestazioni e prenotazioni dal 1° giugno 2026, Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prevenzione: prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.
• Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
• Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
• Azotemia (Urea);
• Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
• Creatininemia;
• Emoglobina glicata;
• Esame delle urine;
• Esame emocromocitometrico completo;
• Gamma GT;
• Glicemia;
• PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
• PT (Tempo di protrombina);
• Trigliceridi;
• Velocità di eritrosedimentazione (VES).
Prevenzione cardiovascolare: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.
• Visita specialistica cardiologica ed ECG.
Prevenzione oncologica Colon-Retto: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 45 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.
• Visita specialistica gastroenterologica + ricerca sangue occulto fecale.
Prevenzione malattie respiratorie: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.
• Visita specialistica pneumologica.
Prevenzione oncologica cute: prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.

- Visita specialistica dermatologica.

Prevenzione oncologica prostata: prestazioni previste per gli uomini dai 45 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.

- Visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA).

Prevenzione oncologica utero: prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.

- Visita specialistica ginecologica + pap test.

Prevenzione oncologica seno:

a. **prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.**

i. Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria

b. **prestazioni previste per le donne dai 50 anni di età una volta dal 1° giugno al 31 dicembre 2026.**

i. Visita specialistica senologica + Mammografia con obbligo di prescrizione medica per quest'ultima prestazione.

Con riferimento alla lettera b, le donne dai 50 anni di età dovranno scegliere se effettuare l'ecografia mammaria oppure la Mammografia.

11. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero 0471 059 056 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia 0039 051 6389046.

a) **Informazioni generiche sul contratto**

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura;
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso;
- modalità di richiesta di rimborso.

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

12. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario 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 dal Piano Sanitario.

Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- 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);
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'avente diritto 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'avente diritto 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;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'avente diritto;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave; commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave.

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

13. Alcuni chiarimenti importanti

13.1. Validità territoriale

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

13.2. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A. **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.**

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'avente diritto

B. **Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.**

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora il Fondo Est dovesse richiedere all'avente diritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'avente diritto al Fondo al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. - Fondo Est - Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita all'avente diritto dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione. Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.

Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

ATTENZIONE

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre 1 anno non saranno rimborsati.

14. Strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento al sito internet **www.fondoest.it** oppure telefonare alla Centrale Operativa di UniSalute al numero **051.4185748**.

Dall'estero: prefisso per l'Italia +39 0516389046 orari: 8.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì.

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it. oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.**

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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

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

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

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

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

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

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

15. Regolamento sulle prestazioni sanitarie di Fondo Est per i coniugi, (matrimonio, unioni civili) e conviventi di fatto fiscalmente a carico

Art. 1 - Ambito di applicazione e decorrenza

A decorrere dal 1° giugno 2026, Fondo Est estenderà l'accesso gratuito ad alcune prestazioni sanitarie in favore dei coniugi (matrimonio, unioni civili) e conviventi di fatto fiscalmente a carico dell'iscritto al Fondo Est il cui reddito non superi 2.840,51 euro, delle lavoratrici e dei lavoratori regolarmente iscritti.

Art. 2 - Definizione di coniuge/convivente di fatto fiscalmente a carico

Ai fini del presente regolamento, per "coniuge fiscalmente a carico" si intende il soggetto legato all'iscritto da vincolo matrimoniale o unione civile che risulti fiscalmente a carico della lavoratrice o del lavoratore iscritto al Fondo (di seguito definito "caponucleo"). Allo stesso modo è considerato "fiscalmente a carico" il soggetto legato da convivenza di fatto - ossia "due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile" ai sensi della legge 76 del 2016, art. 1, c. 36, il cui reddito non superi 2.840,51 euro - all'iscritta o all'iscritto al Fondo (di seguito definito "caponucleo").

Art. 3 - Censimento e procedure di iscrizione

Per attivare le prestazioni sanitarie il caponucleo è tenuto a effettuare annualmente il censimento on line tramite la propria Area riservata.

La procedura sarà disponibile a partire dal 1° aprile 2026.

Per gli anni successivi, il censimento dovrà essere rinnovato obbligatoriamente tra il 1° aprile e il 31 maggio.

In assenza di rinnovo entro tali termini, la copertura sanitaria verrà sospesa e le prestazioni potranno essere riattivate solo a partire dal mese di avvenuta trasmissione e validazione della documentazione, senza possibilità di recupero del periodo pregresso.

Il caponucleo, accedendo alla propria Area riservata, dovrà inserire tutti i dati anagrafici richiesti e caricare la documentazione comprovante lo stato di "familiare a carico".

Art. 4 - Documentazione fiscale richiesta per i coniugi (matrimonio, unioni civili) e conviventi di fatto fiscalmente a carico dell'iscritto al Fondo Est

Il caponucleo è tenuto a caricare uno dei seguenti documenti, riferiti ai redditi dell'anno solare precedente:

- Certificazione Unica (CU): esclusivamente il prospetto "Familiari a carico";
- Dichiarazione dei redditi (Modello 730 o Modello redditi persone fisiche): esclusivamente il prospetto "Dati relativi al coniuge e ai familiari a carico".

In via del tutto eccezionale e residuale, previa valutazione e autorizzazione del Fondo, qualora la documentazione fiscale non sia ancora disponibile al momento della registrazione, si potrà utilizzare la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (autocertificazione). Il caponucleo dovrà comunque inserire uno dei documenti richiesti appena in suo possesso. In ogni caso l'autocertificazione non potrà essere utilizzata per più di una volta, a meno che questa non sia stata sostituita, nei tempi previsti, da uno dei summenzionati documenti fiscali.

Art. 5 - Documentazione anagrafica e fiscale richiesta per conviventi di fatto (L. 76/2016)

Il caponucleo è tenuto a caricare il certificato di stato di famiglia con indicazione di convivenza di fatto dal quale si evinca chiaramente che la persona che si vuole iscrivere sia un "convivente di fatto" come previsto dall'art. 1 (c. 36-37) della legge 76/2016 e successive modifiche e/o integrazioni. Il caponucleo dovrà inoltre caricare una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (autocertificazione) a firma della propria convivente o del proprio convivente nella quale dichiari di non aver percepito redditi nell'anno solare precedente (1° gennaio - 31 dicembre) o comunque che il reddito complessivo lordo annuo non ha superato 2.840,51 euro, allegando anche il proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Art. 6 - Validazione e modifiche del censimento

L'attivazione della copertura sanitaria è subordinata alla verifica positiva della documentazione da parte del Fondo. Eventuali anomalie (ad esempio: documento illeggibile o discrepanze nel codice fiscale), verranno comunicate tramite e-mail per la necessaria rettifica.

È possibile modificare i dati inseriti in qualsiasi momento.

Art. 7 - Controlli e sanzioni sulla documentazione

La documentazione inviata sarà soggetta a controlli mirati alla verifica della coerenza e veridicità dei dati forniti.

Fondo Est si riserva, in caso di dichiarazioni mendaci o di utilizzo di documentazione non veritiera, di procedere:

- Alla segnalazione immediata alle autorità competenti.
- Alla sospensione o revoca immediata della copertura attivata irregolarmente.

Art. 8 - Copertura sanitaria: decorrenza e durata

La copertura sanitaria del coniuge o del convivente decorre dal momento della sua validazione e seguirà quella del caponucleo, ovvero della lavoratrice o del lavoratore iscritto e regolarmente in copertura a Fondo Est. Conseguentemente, in caso di sospensione del rapporto lavorativo del caponucleo (es. aspettativa) o di sua cessazione, oppure in caso di omissione contributiva o irregolarità nei pagamenti da parte dell'azienda, la copertura sanitaria per il coniuge o il convivente non sarà più attiva.

Inoltre, il diritto alle prestazioni cessa qualora il coniuge o il convivente non risulti più fiscalmente a carico.

Per l'anno 2026 le coperture saranno attive dal 1° giugno al 31 maggio 2027 e lo stesso arco temporale sarà utilizzato negli anni successivi.

Art. 9 - Accesso alle prestazioni e rimborsi

A partire dal 1° giugno 2026, il coniuge o il convivente il cui censimento sia stato ritenuto valido, dovrà attivare la propria Area riservata sul portale di Fondo Est, distinta da quella del caponucleo, dalla quale potrà prenotare prestazioni o richiedere rimborsi. La copertura sanitaria, salvo eccezioni, sarà valida fino al 31 maggio 2027.

Per gli anni successivi si veda l'art. 3.

Qualora, nel corso dell'anno, il coniuge o il convivente fiscalmente a carico intraprenda un'attività lavorativa che comporti l'iscrizione a Fondo Est, le tutele in qualità di "familiare" verranno sospese in favore di quelle previste per i lavoratori iscritti. Tali prestazioni saranno riattivate — previa nuova validazione del censimento — nel caso in cui il coniuge o il convivente perda l'impiego e quindi torni a carico o qualora il reddito percepito durante tale periodo non superi i limiti di legge.



FONTUR

FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA IN ATTUAZIONE DEL CCNL INDUSTRIA TURISTICA E DEL CCNL ADDETTI DEGLI IMPIANTI DI TRASPORTO A FUNE

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

- ✓ **Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico**
- ✓ **Prestazioni di diagnostica e terapia**
- ✓ **Visite specialistiche**
- ✓ **Prestazioni di implantologia**
- ✓ **Avulsione (estrazione denti)**
- ✓ **Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)**
- ✓ **Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)**
- ✓ **Protesi e ausili medici ortopedici**
- ✓ **Trattamenti fisioterapici riabilitativi**
- ✓ **Sindrome metabolica**
- ✓ **Ticket sanitari**
- ✓ **Pacchetto maternità**
- ✓ **Prestazioni per i figli fiscalmente a carico**
  (visite specialistiche, prevenzione dentale e protocollo ortodontico per bambini e ragazzi)

Numero Verde per i dipendenti iscritti:
800-016646
Attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30
(dall'estero: prefisso per l'Italia +051.63.89.046)

ASSOCIAZIONE ITALIANA CONFINDUSTRIA ALBERGHI

FEDERTURISMO CONFINDUSTRIA

CGIL FILCAMS · CISL FISASCAT · UILTuCS

Le prestazioni sono erogate da:

UniSalute – SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE
www.unisalute.it

UnipolSai ASSICURAZIONI

FONTUR FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
www.fontur.it

FONTUR
FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

FONTUR è il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa istituito per garantire ai lavoratori dipendenti coperture e tutele sanitarie integrative rispetto alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale. Costituito in attuazione dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro sottoscritti dalle organizzazioni datoriali AICA (Associazione Italiana Catene Alberghiere) e FEDERTURISMO Confindustria, insieme alle organizzazioni sindacali FILCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL e UILTuCS-UIL, il Fondo si rivolge ai dipendenti del settore dell'Industria Turistica e di comparti affini, tra cui il CCNL Trasporto a Fune e il CCNL Terme.

Nato dalla collaborazione bilaterale tra le parti sociali, FONTUR persegue l'obiettivo prioritario di migliorare il benessere e la qualità delle condizioni di lavoro dei propri iscritti, offrendo un concreto sostegno economico di fronte alle spese sanitarie, diagnostiche e di cura. Al contempo, il Fondo consente di contenere l'impatto dei relativi oneri sulle aziende e sui lavoratori, sfruttando appieno il regime fiscale agevolato riservato ai fondi di assistenza sanitaria integrativa iscritti all'Anagrafe del Ministero della Salute.

Grazie alla partnership con UniSalute e alla gestione diretta di specifiche prestazioni, FONTUR assicura un ampio ventaglio di garanzie che spazia dalla copertura dei ticket e dei ricoveri chirurgici fino alla prevenzione, all'odontoiatria e al sostegno per i familiari a carico, ponendosi come un pilastro fondamentale del welfare contrattuale di settore.

CCNL Previsti

- CCNL Industria Turistica (sottoscritto da AICA, Federturismo Confindustria, Filcams-CGIL, Fisascat-CISL e UILTuCS-UIL)
- CCNL Trasporto a Fune
- CCNL Terme

Personale interessato:

- Personale dipendente a tempo indeterminato e apprendisti delle aziende termali (con iscrizione opzionale a determinate condizioni per i contratti a termine superiori a 3 mesi).
- **Esclusi**: Dirigenti e Quadri

Contribuzione

Quota di iscrizione: € 15,00 (a carico dell'azienda).

Contributo annuale complessivo: € 144,00 all'anno per iscritto, così suddiviso:

- **€ 120,00** a carico dell'azienda.
- **€ 24,00** a carico del lavoratore.

Operatività

Ticket sanitari, pacchetto maternità, ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, diagnostica e terapia, visite specialistiche, implantologia, avulsione, prestazioni odontoiatriche particolari, prevenzione, presidi/ausili medici ortopedici, fisioterapia, sindrome metabolica

Per i figli: Visite specialistiche, prevenzione dentale e protocollo ortodontico

Contatti utili: numero verde UniSalute 800 016646

Ufficio Rimborsi info@fontur.it

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Ticket sanitari	Indiretta (gestita direttamente dal Fondo Fontur)	Franchigia di € 10,00 per ogni ticket	Disponibilità annua: € 500,00 per iscritto	Copre accertamenti diagnostici, pronto soccorso, alta specializzazione, visite specialistiche, fisioterapia e pacchetto maternità.
Pacchetto maternità	Indiretta (gestita da Fontur per privato) / Indennità	Nessuno	• Max € 1.000,00 per evento in forma privata (€ 2.000,00 per gemellare) • Diaria parto: € 80,00/notte (max 7 notti)	Comprende ecografie, analisi, diagnostica prenatale e fino a 4 visite ginecologiche (6 se a rischio). Prestazioni post-parto escluse dal pacchetto.
Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico	Diretta Indiretta SSN	• Convenzionata: Scoperto del 20% • Non conv.: 80% rimborso con minimo non indennizzabile di € 2.000,00 • SSN: Rimborso integrale ticket/retta	• Massimale annuo area ricovero: € 90.000,00 • Strutture non conv.: max € 8.000,00 per intervento • Retta degenza non conv.: max € 300,00/giorno	Comprende pre-ricovero (120 gg prima), intervento, degenza, accompagnatore, assistenza infermieristica e post-ricovero (120 gg dopo). Valido per interventi dell'elenco allegato.
Trasporto Sanitario (Post-intervento)	Indiretta (Rimborso)	Nessuno	Massimale di € 1.500,00 per ricovero	Ambulanza, unità coronarica mobile, aereo sanitario per ricovero, trasferimento o rientro.
Trapianti d'Organo	Diretta Indiretta (secondo regole ricovero)	Secondo le regole del ricovero	Rientra nel massimale dell'area ricovero	Copre spese di prelievo, trasporto organo e trattamenti antirigetto in pre-ricovero; per donatore vivente ricovero interamente coperto.
Interventi Chirurgici Neonati (1° Anno)	Indiretta Diretta	Secondo le regole generali	Massimale annuo di € 10.000,00 per neonato	Per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita (visite, accertamenti, ricovero e accompagnatore).
Indennità Sostitutiva per Ricovero	Indiretta	Nessuno	• € 80,00/notte (primi 30 giorni) • € 100,00/notte dal 31° al 100° giorno (max 100 giorni)	Spetta in caso di ricovero con pernottamento se non viene richiesto alcun rimborso al Fondo per il ricovero.
Diagnostica e terapia	Diretta	Quota a carico di € 45,00 per accertamento o ciclo di terapia	Disponibilità annua: € 6.000,00 per iscritto	Comprende radiologia, alta diagnostica (ecografie, TAC, RMN, PET, scintigrafia), diagnostica strumentale, endoscopie, chemioterapia, radioterapia e dialisi.
Visite specialistiche	Diretta	Quota a carico di € 35,00 per ogni visita	Disponibilità annua: € 700,00 per iscritto	Conseguenti a malattia o infortunio. Escluse visite odontoiatriche e psicologiche (salvo prima visita psichiatrica d'accertamento).

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Implantologia	Diretta	Nessuno (se entro i sottolimiti previsti)	• Massimale annuo: € 2.300,00 per iscritto • Sottolimite 1 impianto: € 450,00 • Sottolimite 2 impianti: € 850,00	Copre impianti osteointegrati, corone fisse, elemento provvisorio e perno moncone. Necessarie radiografie pregresse.
Avulsione	Diretta	Nessuno	Massimo 4 estrazioni all'anno	Necessaria produzione di radiografie e referti precedenti alla prestazione.
Prestazioni odontoiatriche particolari (Prevenzione)	Diretta	Co-partecipazione del 50% della spesa	1 visita specialistica + 1 seduta di igiene orale/anno (autorizzabile una 2ª seduta su parere medico)	Da effettuare in un'unica soluzione.
Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione)	Diretta	Nessuno (coperto al 100%)	1 volta all'anno (Cardiovascolare); 1 volta ogni 2 anni (Oncologico uomo >45 anni / donna >35 anni)	Protocolli fissi comprensivi di esami del sangue/urine ed ECG, oltre a PSA/ecografia prostatica per uomo o visita ginecologica/Pap-test per donna.
Presidi/ausili medici ortopedici	Indiretta	Quota a carico del 20% per fattura	Disponibilità annua: € 2.500,00 per iscritto	Acquisto o noleggio di protesi ed ausili (carrozzelle, plantari, busti, ginocchiere) previa prescrizione con patologia.
Trattamenti fisioterapici	Indiretta	Scoperto del 25% per fattura	• Disponibilità annua: € 350,00 per iscritto • Sottolimite agopuntura: € 250,00	A seguito di infortunio (con certificato di Pronto Soccorso) o gravi patologie (ictus, forme neoplastiche/neurologiche). Escluse palestre e centri estetici/benessere.
FIGLI - Visite specialistiche	Diretta	Quota a carico di € 20,00 per visita	Massimo 3 visite all'anno per ogni figlio	Riservato ai figli fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia.
FIGLI - Prevenzione dentale e protocollo ortodontico	Diretta	Nessuno (fino a concorrenza del massimale)	Limite annuo complessivo: € 150,00 per figlio	Comprende igiene orale, profilassi (fluorazione, sigillatura solchi) e apparecchi ortodontici

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Difetti fisici o malformazioni preesistenti: Sono escluse le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni congenite o acquisite prima della stipula del Piano (salvo quanto espressamente previsto per i neonati).
- Malattie mentali e disturbi psichici: Sono escluse la cura delle malattie mentali, dei disturbi psichici in genere e dei comportamenti nevrotici (salvo la prima visita psichiatrica di accertamento).
- Odontoiatria generale: Sono escluse le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici generici, ad eccezione delle specifiche coperture per implantologia, avulsioni e prevenzione previste dal Fondo.
- Finalità estetiche: Non sono rimborsabili le prestazioni mediche o chirurgiche a scopo estetico, fatta eccezione per la chirurgia plastica ricostruttiva resa necessaria da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto.

- Infertilità e fecondazione assistita: Sono escluse le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e alla fecondazione artificiale.
- Lunga degenza e assistenza domiciliare non autosufficienti: Sono esclusi i ricoveri causati dalla necessità di assistenza di terzi per gli atti quotidiani della vita e i ricoveri di lunga degenza a carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- Sostituzione di protesi ortopediche: Sono esclusi gli interventi per la sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.
- Abusi e dipendenze: Sono escluse le malattie e le conseguenze derivanti dall'abuso di alcol, psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti (salvo che l'iscritto dimostri di aver completato con successo un percorso certificato di disintossicazione).
- Sport estremi o professionali: Sono esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aereonautici, sport esercitati professionalmente, corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove.
- Azioni dolose e dolo: Sono esclusi gli infortuni causati da azioni dolose compiute direttamente dall'iscritto.
- Eventi eccezionali e radiazioni: Sono escluse le conseguenze di radiazioni atomiche o ionizzanti, guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
- Terapie non riconosciute: Sono escluse tutte le terapie e le cure non ufficialmente riconosciute dalla medicina ufficiale.

Nomenclatore ad erogazione diretta FONTUR

La copertura è prestata a favore dei dipendenti iscritti al Fondo Fontur in applicazione del CCNL Industria Turistica ovvero i contratti di settori affini.

1. Ticket sanitari

Premesso che il Piano Sanitario è operante in caso di malattia presunta o accertata o in seguito ad infortunio, a partire dal 1° luglio 2015, il rimborso dei seguenti ticket sanitari verrà effettuato direttamente dal Fondo Fontur:

- accertamenti diagnostici effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale;
- pronto soccorso;
- prestazioni di diagnostica e terapia extra ricovero (Alta Specializzazione);
- visite specialistiche (con esclusione delle visite odontoiatriche);
- Pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi (infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso ed in caso di particolari patologie quali ictus cerebrale, forme neoplastiche invalidanti, forme neurologiche degenerative e forme neuro miopatiche).

È prevista una franchigia di € 10,00 per ogni ticket.

La disponibilità annua è di € 500,00 per Iscritto.

NOTA BENE
GRANDI INTERVENTI
In caso di ricovero per intervento chirurgico il rimborso dei ticket effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero e nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che lo ha determinato, verranno rimborsati direttamente da Unisalute.
Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.
È importante far specificare dal medico di base nella prescrizione trattasi di ticket pre o post intervento.
Per agevolare la procedura di rimborso si consiglia di effettuare un unico invio della pratica con tutta la documentazione necessaria.
Per ulteriori informazioni l'Iscritto può rivolgersi alla Centrale Operativa Unisalute 800016646.

2. Pacchetto maternità

Sono comprese le ecografie, le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza e la diagnostica prenatale.

Sono comprese, al massimo, n. 4 visite di controllo ginecologico ostetrico, 6 per gravidanza a rischio. In tal caso è necessario allegare il certificato di gravidanza da cui si evinca il rischio della stessa.

Il massimale è pari ad euro 1000,00 per evento, riservate esclusivamente alle prestazioni sostenute in forma privata (non ticket s.s.n.).

La documentazione di spesa deve essere inviata allegando il certificato di gravidanza, con indicazione data U.M. e D.P.P. (ultima mestruazione e data presunta parto).

Nel caso in cui si invii la documentazione in diverse tranche, il certificato di gravidanza andrà allegato ogni volta.

In occasione del parto, e previa presentazione della scheda di dimissioni ospedaliera (SDO), il Fondo Fontur corrisponderà un'indennità di euro 80,00 per ogni notte di ricovero, fino ad un massimo di 7 notti.

L'importo corrisposto per la diaria sarà ulteriore rispetto ai 1000,00 euro previsti dal massimale.

Si specifica che tutte le prestazioni sanitarie post parto non rientrano in nessun caso nel pacchetto maternità.

In caso di gravidanza gemellare il massimale sarà elevato ad euro 2000,00.

3. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni preesistenti**;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 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);
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;

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

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

4. Documentazione da inviare al Fondo

La documentazione necessaria per il rimborso dovrà essere inviata al Fondo Fontur tramite una delle seguenti modalità:

- caricamento on-line, accedendo previa registrazione all'area riservata lavoratori e figli, dal sito www.fontur.it;
- via e-mail all'indirizzo info@fontur.it;
- via posta ordinaria o posta raccomandata all'indirizzo FONDO FONTUR - Viale Pasteur, 10 - 00144 Roma;
- via fax al numero 06.5903438.

Si richiede:

- modulo di richiesta rimborso ticket e pacchetto maternità, scaricabile dalla homepage del sito www.fontur.it, compilato con i dati richiesti;
- prescrizione/i del proprio medico di base, con indicazione di patologia presunta o accertata (non saranno rimborsati i ticket sostenuti per controllo/familiarità ad eccezione di analisi del sangue/urine);
- documentazione di spesa (ricevute/fatture) in cui risulti il pagamento effettuato;
- le cartelle cliniche per intervento vanno inviate per intero, preferibilmente non in formato cartaceo.

L'iscritto è invitato a raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso ed inviarla preferibilmente non più di 4 volte l'anno.

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

Il Fondo provvederà a rimborsare l'iscritto tramite bonifico bancario, sul conto corrente indicato, entro 40 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta di rimborso.

Le richieste caricate on-line avranno dei tempi di gestione inferiore rispetto alle altre modalità, ferma restando la tempistica abituale dei 40 giorni lavorativi previsti.

Il riepilogo delle richieste lavorate (rimborsate/non rimborsate) è sempre scaricabile dal sito www.fontur.it, accedendo alla propria area riservata, dal link 'area riservata lavoratori e figli'.

Specifichiamo che le fatture/ricevute rimborsate dal Fondo Fontur non potranno essere portate in detrazione con la propria dichiarazione dei redditi.

COME SEGUIRE LO STATO DI LAVORAZIONE DELLE PROPRIE RICHIESTE

Il modo più veloce per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso è tramite il sito www.fontur.it, accedendo alla propria area riservata. L'iscritto potrà verificare la propria posizione, sempre aggiornata, relativamente alla documentazione inviata.

Al momento della lavorazione della richiesta, sia in caso di rimborso che di rifiuto della stessa, l'iscritto riceverà una mail dal sistema, con le indicazioni relative agli importi rimborsati o alle motivazioni di un eventuale diniego della pratica.

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario, gestite direttamente da Unisalute, si raccomanda di consultare la Guida al Piano Sanitario su www.fontur.it

Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero è OPPORTUNO contattare preventivamente il Numero Verde 800- 016646 dall'estero: prefisso per l'Italia +39 051.63.89.046 orari: 8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

Nomenclatore ad erogazione UniSalute

1. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo Fontur, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano. Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Fontur ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo Fontur e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Fontur, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società Unisalute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire - nella maggior parte dei casi - le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti alle singole coperture.

2. I servizi on line su www.unisalute.it

UniSalute propone per i propri clienti un'area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle informazioni sulle richieste di rimborso.

Collegandosi al sito www.unisalute.it e accedendo all'Area Riservata tramite username e password è possibile:

- **prenotare direttamente on line, presso le strutture convenzionate, le visite o gli esami non connessi ad un ricovero**. Questa procedura consente di sapere in modo veloce e immediato se la prestazione richiesta è coperta dal Piano sanitario e di conoscere se il medico scelto è convenzionato. A seguito della richiesta di prenotazione on line il cliente riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima;
- **consultare l'estratto conto on line** per la verifica dello stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate;
- **consultare le prestazioni del proprio Piano sanitario;**
- **consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate.**

3. Le persone per cui è operante la copertura

La copertura è prestata a favore dei dipendenti iscritti al Fondo Fontur in applicazione del C.C.N.L. delle aziende associate all'Associazione Italiana Confindustria Alberghi e Federturismo Confindustria.

La copertura è inoltre prestata a favore dei figli fiscalmente a carico del dipendente titolare risultanti da stato di famiglia, per le sole coperture previste alla relativa sezione "Prestazioni per i figli fiscalmente a carico".

4. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

4.1. Per prima cosa contattare il Fondo Fontur

Quando uno degli iscritti ha bisogno di cure mediche occorre che consulti il sito internet www.unisalute.it – Area Clienti - per tutte le prestazioni diverse dal Ricovero, mentre per tutte le informazioni dell'area Ricovero è opportuno contattare preventivamente il **numero verde gratuito 800-016646** (dall'estero: prefisso per l'Italia +39 051-63.89.046) orari: 8,30-

19,30 dal lunedì al venerdì. 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 nel Piano sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Iscritto 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).

È 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.

4.2. Prestazioni nel 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 anche il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

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

- Qualora l'Iscritto sostenga delle spese per ticket sanitari, il Fondo Fontur rimborsa quanto anticipato dall'Iscritto salvo quanto previsto alle singole coperture.

Nel caso di ticket sanitari per prestazioni di
- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;

il rimborso verrà effettuato direttamente dal Fondo Fontur, senza affidarsi ai servizi di Unisalute.
Per le coperture che lo prevedono, il minimo non indennizzabile previsto è di € 10,00 per ogni ticket.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo Fontur (Viale Pasteur,10 - 00144 Roma) la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali).

- In caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 9) l'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa avrà diritto alla corresponsione di un'indennità sostitutiva giornaliera, le cui modalità descriveremo più avanti (punto "Indennità sostitutiva per intervento chirurgico").

4.3. Prestazioni in strutture convenzionate con Unisalute per il Fondo Fontur

UniSalute ha predisposto per gli iscritti Fondo Fontur un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società, e dunque agli Iscritti al Fondo Fontur. L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile su www.unisalute.it.

L'Iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur consegue alcuni vantaggi rilevanti:

- i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Fontur, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili previste alle singole coperture;
- può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario, la funzione di prenotazione on line presente nell'Area Riservata del sito www.unisalute.it che gli permette di sapere immediatamente se la prestazione che l'Iscritto sta prenotando è coperta dal Piano sanitario e se i medici scelti sono convenzionati. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Nell'impossibilità di accedere al sito e nei casi di ricovero l'Iscritto dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800-016646;
- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Fontur, garantiscono i livelli di qualità e di efficienza;
- all'atto dell'effettuazione della prestazione, l'Iscritto 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 intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 8) 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 il Fondo Fontur, per il tramite della Società, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dall'Iscritto).

Il Fondo Fontur, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti poc'anzi enunciati per le coperture che prevedono l'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate.

In caso di prestazione extra ricovero, l'Iscritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti. L'Iscritto 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, o nel caso di coperture che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura

convenzionata, occorre consultare il sito www.unisalute.it nell'Area Riservata. Tale funzionalità on line è estremamente utile perché permette di sapere in modo veloce se la prestazione richiesta è coperta dal Piano sanitario e di conoscere immediatamente se il medico scelto è convenzionato. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Per le prenotazioni è possibile anche contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800-016646.

4.4. Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano sanitario prevede, anche la facoltà dell'Iscritto di avvalersi, per alcune prestazioni, di strutture sanitarie private non convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur.

Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni. All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo Fontur (Viale Pasteur,10 - 00144 Roma) la documentazione necessaria:

- il **modulo di richiesta rimborso**, scaricabile direttamente dal sito www.unisalute.it;
- una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di **ricovero per intervento chirurgico** (vedi elenco interventi chirurgici al punto 8);
- la prescrizione in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base in caso di **prestazioni extra ricovero**;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento.

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

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Iscritto stesso avrà fornito.

L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fondo Fontur e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il Fondo Fontur provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

5. Le prestazioni del Piano Sanitario

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

- RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI";
- PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA
- VISITE SPECIALISTICHE
- PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA
- AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI)
- PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)
- PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)
- PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI
- TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI
- SINDROME METABOLICA
- SERVIZI DI CONSULENZA

SEZIONE PRESTAZIONI PER I FIGLI FISCALMENTE A CARICO

- VISITE SPECIALISTICHE
- PREVENZIONE DENTALE E PROTOCOLLO ORTODONTICO PER BAMBINI E RAGAZZI

5.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 8)

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, **intendendo per tale uno di quelli elencati al successivo punto 8,** 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.
Intervento Chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 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 non convenzionato, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Fontur. Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale. Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo Fontur rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur ed effettuate da medici convenzionati

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fontur, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate, con l'applicazione di uno scoperto del **20%** a carico dell'Iscritto, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione, fermo restando le limitazioni previste alle singole coperture.

- **In caso di ricovero in strutture non convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura **dell'80**% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 2.000,00 per intervento**, fermo restando le limitazioni previste alle singole coperture.

Il rimborso avverrà nel limite di un sottolimite di **€ 8.000,00** per ciascun intervento effettuato, nel limite di spesa annuo complessivo dell'area ricovero.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

- **Qualora in una struttura convenzionata da UniSalute per il Fondo Fontur, venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato**

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate ***da UniSalute per il Fondo Fontur*** (quindi nella misura dell'80% con l'applicazione del minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con un plafond di € 8.000,00 per intervento).

- **Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo Fontur rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

5.1.1. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

Il Fondo Fontur rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

5.1.2. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo Fontur rimborsa le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico" e "Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico" 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 prestazione prevede il rimborso delle 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.

5.1.3. Neonati

Il Fondo Fontur provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

5.1.4. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo Fontur, 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 i primi **30** giorni di ricovero. Dal **31°** giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **100** giorni per ricovero.

Come già detto, 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 gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

5.1.5. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Il Piano sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 90.000,00** per anno associativo e per Iscritto. 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 per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.



5.2. Prestazioni di diagnostica e terapia

Radiologia convenzionale (senza contrasto)
• Esami radiologici apparato osteoarticolare
• Mammografia / Mammografia bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
• Ortopanoramica
• Rx colonna vertebrale in toto
• Rx di organo apparato
• Rx Endorali
• Rx esofago
• Rx esofago esame diretto
• Rx tenue seriato
• Rx tubo digerente
• Rx tubo digerente prime vie
• Rx tubo digerente seconde vie
• Stratigrafia di organi o apparati
Radiologia convenzionale (con contrasto)
• Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
• Artrografia
• Broncografia
• Cavernosografia
• Cisternografia
• Cistografia/doppio contrasto
• Cisturetrografia minzionale
• Clisma opaco e/a doppio contrasto
• Colangiografia / Colangiografia percutanea
• Colangiopancreatografia retrograda

- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria
- Ecografia addome superiore e inferiore
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche trans rettale

Ecocolordopplergrafia
• Ecodoppler cardiaco compreso color
• Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
• Ecocolordoppler aorta addominale
• Ecocolordoppler tronchi sovraortici
Tomografia computerizzata (tc)
• Angio tc
• Angio tc distretti eso o endocranici
• Tc spirale multistrato (64 strati)
• T.c. con e senza mezzo di contrasto
Risonanza magnetica (rm)
• Cine rm cuore
• Angio rm con contrasto
• Rmn con e senza mezzo di contrasto
Pet
• Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo-distretto-apparato
Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
• Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
• Tomoscintigrafia SPET miocardica
• Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
Diagnostica strumentale
• Campimetria
• Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
• Elettroencefalogramma
• Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
• Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
• Elettromiografia (emg)
• Elettroretinogramma
• Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
• Ph metria esofagea gastrica
• Potenziali evocati

• Spirometria
• Tomografia mappa strumentale della cornea
Biopsie
• Tutte
Endoscopie diagnostiche
• Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
• Cistoscopia diagnostica
• Esofagogastroduodenoscopia
• Pancolonscopia diagnostica
• Rettoscopia diagnostica
• Rettosigmoidoscopia diagnostica
• Tracheobroncoscopia diagnostica

N.B.: nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo Fontur garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio rimarrà a carico dell'assistito.

Varie
• Biopsia del linfonodo sentinella
• Emogasanalisi arteriosa
• Laserterapia a scopo fisioterapico
• Lavaggio bronco alveolare endoscopico
• Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere
Terapie
• Chemioterapia
• Radioterapia
• Dialisi

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Fontur

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo Fontur, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 45,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 6.000,00 per Iscritto.

5.3. Visite specialistiche

Il Fondo Fontur provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche ad eccezione di quanto previsto al punto "Prestazioni odontoiatriche particolari". Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

- **La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Fontur**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fontur, per il tramite della Società, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 35,00** per ogni visita specialistica che dovrà essere versata alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 700,00 per Iscritto.

5.4. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano", al punto 3, Il Fondo Fontur provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

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

- **La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Fontur**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fontur, per il tramite della Società, alle strutture Convenzionate.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.300,00 per Iscritto. Viene previsto un sottolimite annuo di € 850,00 per Iscritto nel caso di applicazione di due impianti e un sottolimite annuo pari a € 450,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità associativa, dopo l'applicazione di un impianto, si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimite di **€ 850,00** al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

5.5. Avulsione (estrazione denti)

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo Fontur provvede al pagamento di prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

- **La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Fontur**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fontur, per il tramite della Società, alle strutture Convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

5.6. Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo Fontur provvede al pagamento, nella misura del 50%, di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno **in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale presenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

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

5.7. Prestazioni diagnostiche particolari

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

Prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)
• Esame emocromocitometrico completo

- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)

- Visita ginecologica e PAP-Test

5.8. Protesi/ausili medici ortopedici

Il Fondo Fontur rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche. Rientrano in copertura anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali:

carrozzelle, tripodi, plantari, calzature ortopediche, cavigliere, busti e corsetti ortopedici, ginocchiere ed ogni dispositivo elastomerico e/o di trazione sempre appositamente prescritti e con indicazione della motivazione.

Per poter ottenere il rimborso sarà necessario inviare copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e degli ausili ortopedici con l'indicazione della patologia.

Sarà inoltre necessario inviare copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato e noleggiato.

Le spese sostenute vengono rimborsate, lasciando a carico dell'Iscritto una quota del **20%** per fattura.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.500,00 per Iscritto.

5.9. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Il Fondo Fontur provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, **o a seguito di una delle Patologie Particolari sotto-specificate**. Sono inoltre comprese le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) solo esclusivamente a fini riabilitativi, sempre che siano prescritti da medico "di base" o specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Patologie particolari:

- Ictus cerebrale
- Forme neoplastiche
- Forme neurologiche degenerative o neuro miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, Alzheimer, morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica, Morbo di Huntington.

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

- **La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale in strutture sanitarie private o in libera professione**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **25%** per fattura.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 350,00 per Iscritto. È previsto un sottolimite annuo di € 250,00 per l'agopuntura.

5.10. Sindrome metabolica

Il Fondo Fontur provvede al pagamento delle spese per prestazioni mirate ad evidenziare il rischio di Sindrome Metabolica. Le prestazioni di seguito elencate devono essere effettuate in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione e possono essere effettuate a cadenza semestrale.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Una volta effettuate le analisi, o qualora l'iscritto fosse già in possesso dei risultati di analisi fatte presso il SSN, potrà collegarsi al sito www.unisalute.it ed entrare nell'area riservata agli iscritti, leggere le istruzioni e compilare il questionario con i dati richiesti.

Una volta compilato il questionario, il personale medico preposto al servizio provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Iscritto l'esito della valutazione tramite e-mail.

Nel caso in cui l'Iscritto non sia in uno stato di "sindrome metabolica" il personale medico preposto al servizio si limiterà a comunicare l'esito positivo della verifica.

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata" il personale medico preposto al servizio fornirà alcune indicazioni per consentire allo stesso di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc. I medici comunicheranno l'esito della verifica e metteranno a disposizione le informazioni sull'area riservata agli iscritti accessibile da www.unisalute.it. L'Iscritto potrà autorizzare il personale medico preposto al servizio a contattarlo (via email e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di sindrome metabolica "conclamata" il personale medico preposto al servizio comunicherà all'Iscritto che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente il medico curante per il trattamento del caso.

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Iscritto di inserire i suoi dati **una volta sola**, salvo i casi in cui saranno i medici stessi a suggerire di ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

È quindi necessario che al momento della compilazione l'Iscritto abbia a portata di mano tutti i dati richiesti: esame del sangue (colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia a digiuno, trigliceridi), misurazione del girovita, rilevazione del peso corporeo, misurazione della pressione. Per approfondire questi aspetti cliccare su nell'area riservata agli iscritti accessibile da www.unisalute.it. È importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, perché in base a questi dati i medici forniranno dei consigli, e quindi avere dei consigli non corretti va a discapito della salute.

5.11. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-016646** (dall'estero prefisso internazionale dell'Italia **+39 0516389046**) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 0516389046.

a) **Informazioni sanitarie telefoniche**

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

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

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur.

c) **Pareri medici immediati**

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

Prestazioni per i figli fiscalmente a carico

5.12. Visite specialistiche

Il Fondo Fontur provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche ad eccezione di quanto previsto al punto "Prestazioni odontoiatriche particolari". Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

- **La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Fontur**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fontur, per il tramite della Società, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 20,00** per ogni visita specialistica che dovrà essere versata alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite massimo di visite specialistiche all'anno è di 3 per ogni figlio

5.13. Prevenzione dentale e protocollo ortodontico per bambini e ragazzi

5.13.1. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo Fontur provvede al pagamento, di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale presenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

5.13.2. Prestazioni di igiene e profilassi dentale

Il Fondo Fontur provvede al pagamento delle spese in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, per le seguenti prestazioni d'igiene e profilassi dentale:

- Fluorazione;
- Scaling;
- Sigillatura dei Solchi.

5.13.3. Protocollo ortodontico

Il Fondo Fontur provvede al pagamento delle spese, in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur, indicate dalla Centrale Operativa, per:

- Prestazioni Ortodontiche (Apparecchi Ortodontici Fissi o Mobili).

Il limite annuo massimo previsto per l'insieme delle prestazioni di cui al presente articolo "Prevenzione dentale e protocollo ortodontico per bambini e ragazzi" è di € 150,00 per figlio.

Gli eventuali importi di spesa eccedenti il limite annuo dovranno essere versati dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

6. Casi di non operatività del piano

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario salvo quanto previsto al punto "Neonati";
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, salvo quanto previsto ai punti "Prestazioni di implantologia" e "Prestazioni odontoiatriche particolari";
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto 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'Iscritto 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; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
10. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
12. 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;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

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

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

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

7. Alcuni chiarimenti importanti

7.1. Estensione territoriale

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

7.2. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **90°** anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età da parte dell'iscritto. Le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

7.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) **Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur**

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

B) **Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Fontur**

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora il Fondo Fontur dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Iscritto al **Fondo Fontur (Viale Pasteur, 10 – 00144 Roma)** che, con cadenza mensile, la restituirà all'Iscritto a sinistro esaurito.

Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita all'Iscritto dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia. Il Fondo Fontur potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo Fontur ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.
Attenzione
Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

7.4. Foro competente

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

7.5. Reclami

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

ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.**

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

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

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

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

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

a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;

b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

c. breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;

d. copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;

e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

7.7. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. **Informazioni generali**

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

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

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

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

2. **Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2023, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 273,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 114,4 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2023, è pari ad € 111,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 32,4 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 247,3 milioni e ad € 245,1 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2023, pari a 2,22 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,57 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

8. Elenco interventi chirurgici

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia Femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulectomia mammaria (sono comprese anche le nodulectomie per patologie benigne)

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- **Interventi per aneurismi:** resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatiche acuta o cronica per via laparotomica

- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenctomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Intervento chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale

- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO –FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche



La salute di tutti, il valore di ciascuno

QuAS: cos'è

La **Cassa Assistenza Sanitaria Quadri QuAS** è un fondo di **Assistenza Sanitaria Integrativa** iscritto all'Anagrafe dei Fondi presso il Ministero della Salute.

Nasce nel **1989** su impulso delle Parti firmatarie dei **Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro del Commercio, Turismo e Distribuzione Moderna Organizzata**

QuAS: cosa fa

Garantisce l'assistenza sanitaria ai dipendenti con qualifica di **Quadro**, rimborsando le spese sanitarie definite nel **Tariffario Nomenclatore**

Opera **senza finalità di lucro**

Si fonda su principi di **solidarietà, mutualità e uguaglianza,** garantendo il miglior utilizzo dei contributi versati annualmente dalle Aziende e dai Lavoratori

QuAS: i numeri chiave

Assiste attualmente oltre **135.000** Iscritti, di cui circa **3.000** in quiescenza

Gestisce le relazioni con oltre **27.000 Aziende**

Rimborsa circa **2.600 tipologie di prestazioni sanitarie**, tra cui:

visite specialistiche e diagnostica, fisioterapia, psicoterapia, interventi chirurgici, odontoiatria, terapie oncologiche, gravidanza sicura e sostegno al neonato, assistenza per la non-autosufficienza, cure termali, prevenzione, lenti correttive della vista

Ha attivato convenzioni con oltre 50 strutture sanitarie e 150 presidi territoriali di ottimo livello, nei centri urbani a maggiore densità di Iscritti

Visita il sito **www.quas.it**

Confcommercio · FederDistribuzione · CGIL FILCAMS · CISL FISASCAT · UILTuCS

QuAS, ovvero la Cassa di Assistenza Sanitaria Quadri, è un fondo chiuso bilaterale di natura paritetica e contrattuale, istituito su impulso di Confcommercio – Imprese per l'Italia insieme a Filcams Cgil, Fisascat Cisl e Uiltucs, ed è regolarmente iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero della Salute. La Cassa opera fondando la propria attività sui principi di solidarietà, mutualità e uguaglianza, destinando le risorse raccolte attraverso la contribuzione annuale al rimborso delle spese sanitarie per l'intera platea degli iscritti, senza alcuna forma di selezione del rischio e garantendo così la stabilità tecnica e finanziaria nel lungo periodo.

L'accesso al Fondo è obbligatorio per i lavoratori inquadrati come Quadri a cui si applicano i contratti collettivi nazionali dei settori del terziario, turismo, servizi e distribuzione moderna organizzata, oltre a quelli operanti in ambiti specifici come la vigilanza privata, gli impianti sportivi e di fitness, il comparto socio-sanitario, la floricoltura e il settore ortofrutticolo. Inoltre, la tutela è estesa anche ai Quadri in quiescenza, i quali possono mantenere l'iscrizione su base volontaria purché soddisfino i requisiti anagrafici e contributivi previsti dalla Gestione Speciale Pensionati.

Le prestazioni e i servizi coperti dal fondo rispondono a logiche di appropriatezza e vengono deliberati di anno in anno dal Consiglio Direttivo, previa approvazione dell'Assemblea dei Soci. A conferma della sua completezza, il Tariffario Nomenclatore QuAS si colloca tra i più ampi e articolati nel panorama della sanità integrativa contrattuale, contando circa duemilaseicento voci studiate per coprire a trecentosessanta gradi ogni esigenza di cura, prevenzione e assistenza sociosanitaria degli iscritti.

CCNL Previsti

- H011- CCNL per i Dipendenti da Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi
- H05Y – CCNL per i Dipendenti da Aziende dei settori Pubblici Esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale e Turismo (ricompreso il Ccnl Concessionari scommesse ippiche e sportive, bingo)
- H052 – CCNL per i Dipendenti da Aziende del settore Turismo
- H04Z – CCNL per i Dipendenti da Imprese di viaggi e turismo
- H008 – CCNL Distribuzione Moderna Organizzata (DMO)
- H341 – CCNL Aziende ortofrutticole e agrumarie
- H201 – CCNL per i Dipendenti da Aziende esercenti la lavorazione, il commercio, il trasporto, l'esportazione e l'importazione all'ingrosso di fiori freschi recisi, verde e piante ornamentali per imprese commerciali, consortili o cooperative
- HV17 – CCNL Vigilanza Privata e Servizi di Sicurezza
- H077 – CCNL per i dipendenti degli impianti e delle attività sportive profit e no profit
- T09M – CCNL per il personale dipendente del settore assistenziale, socio-sanitario e delle cure post intensive.
- H011- CCNL per i Dipendenti da Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi
- H008 – CCNL Distribuzione Moderna Organizzata (DMO)

- H341 – CCNL Aziende ortofrutticole e agrumarie
- H201 – CCNL per i Dipendenti da Aziende esercenti la lavorazione, il commercio, il trasporto, l'esportazione e l'importazione all'ingrosso di fiori freschi recisi, verde e piante ornamentali per imprese commerciali, consortili o cooperative
- HV17 – CCNL Vigilanza Privata e Servizi di Sicurezza
- H077 – CCNL per i dipendenti degli impianti e delle attività sportive profit e no profit
- T09M – CCNL per il personale dipendente del settore assistenziale, socio-sanitario e delle cure post intensive
- H05Y Ccnl Pubblici Esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale e Turismo
- H052 Ccnl settore Turismo
- H04Z Ccnl Imprese di viaggi e Turismo

Contribuzione

Settore Commercio: Il contributo annuale pro capite per l'anno **2026** è pari a **446 €** così suddiviso

- Contributo a carico **azienda € 390,00**
- Contributo a carico **Quadro € 56,00 (contributo invariato)**
- Quota costitutiva a carico **azienda € 340,00 (contributo invariato)** da versare per ciascun quadro di prima iscrizione alla Cassa.

Settore Turismo: Il contributo annuale pro capite per l'anno **2026** è pari a **430 €** così suddiviso

- Contributo a carico **azienda € 380,00**
- Contributo a carico **Quadro € 50,00 (contributo invariato)**
- Quota costitutiva a carico **azienda € 340,00 (contributo invariato)** da versare per ciascun quadro di prima iscrizione alla Cassa.

Personale interessato:

- Quadri

Operatività

Ticket, diagnostica di laboratorio, diagnostica per immagini, diagnostiche specialistiche e strumentale, gravidanza, visita specialistica, prestazioni specialistiche, oncologia medica, trattamenti analgesici, assistenza infermieristica, prestazioni domiciliari, psicoterapia, soggiorno per cure termali, terapie fisiche, lenti correttive, degenze e prestazioni complementari, interventi chirurgici, presidi e protesi, diaria per ricovero SSN, trapianti di organo, ricovero all'estero, decesso dell'iscritto, prevenzione, prevenzione virus influenzale, profilassi HPV, odontoiatria, assistenza persona non autosufficiente, grandi eventi

Per i figli: tutela del figlio/a nel primo anno di età

Contatti utili: 06-5852191

Tabella riepilogativa delle prestazioni e condizioni

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Ticket sanitari	Indiretta	Nessuno		Riguarda la partecipazione alla spesa per prestazioni fruite dal SSN o strutture ad esso convenzionate.
Prestazioni ambulatoriali (Diagnostica, Visite, Terapie)	Diretta Indiretta	• Diretta: 20% a carico del paziente (max 30,00 € a prestazione). • Indiretta: Nessun ulteriore scoperto fisso, ma il rimborso avviene nei limiti delle tariffe massime di nomenclatore.	Tariffe massime previste dal Tariffario Nomenclatore per ciascuna voce	Necessaria prescrizione medica con diagnosi o sospetto diagnostico
Prestazioni in gravidanza	Indiretta	Nessuno	Tariffe massime previste dal Tariffario Nomenclatore per ciascuna voce	Non occorre prescrizione medica se allegato certificato di gravidanza
Tutela del figlio/a nel primo anno di età	Indiretta	Nessuno	€ 80/visita Pediatrica: max 6 Altre: max 6	Escluse visite odontoiatriche e psicologiche
Visite specialistiche	Diretta Indiretta	• Diretta: 20% a carico del paziente (max 30,00 € a prestazione). • Indiretta: Nessun ulteriore scoperto fisso, ma il rimborso avviene nei limiti delle tariffe massime di nomenclatore.	Tariffa rimborsabile €80/visita Max 6 visite/anno	Escluse visite odontoiatriche e psicologiche

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Trattamenti Analgesici	Diretta Indiretta	In base alla modalità (diretta/ indiretta)	Tariffe specifiche per tipologia di trattamento (es. da 80,00 € per infusione endovenosa fino a 4.160,00€ per dispositivi impiantabili)	Comprende compensi professionali, assistenza equipe medica e trattamenti completi
Assistenza infermieristica	Indiretta	Nessuno	• Domiciliare: Max 100,00 € al giorno (fino a 15 giorni/ anno). • Ostetrica: 26,00 € al giorno (max 20 giorni nel periodo peripartum)	Richiede autorizzazione preventiva della Cassa per l'assistenza domiciliare giornaliera.
Prestazioni Domiciliari (Impossibilità deambulazione autonoma)	Indiretta	Nessuno	Concorrenza di un importo doppio rispetto a quello stabilito per le singole prestazioni ambulatoriali (max 15 giorni/ anno)	Richiede certificazione di struttura pubblica/ospedaliera di impossibilità assoluta e temporanea alla deambulazione.
Oncologia medica	Diretta Indiretta	• Diretta: Secondo accordi di convenzione. • Indiretta (per i farmaci): Rimborso dell'80% della spesa sostenuta (Scoperto del 20%).	Max 10.000,00 € all'anno per i farmaci chemioterapici. Tariffe specifiche per sedute/ricoveri.	I ricoveri/cicli di chemioterapia possono essere autorizzati in convenzione diretta. Rimborso farmaci in strutture private al 80%.
Psicoterapia individuale	Indiretta	Nessuno	€600/annui	Prescritta solo da specialisti in psichiatria o neurologia. Solo in presenza.

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Soggiorno per cure termali	Indiretta	Nessuno	€500/annui (onnicomprensivo delle spese alberghiere)	Minimo 10 giorni continuativi di cura. Prescrizione da medico specialista ASL/INAIL
Terapie fisiche	Diretta Indiretta	Nessuno	Massimale ordinario: 500,00 €/anno. Innalzabile a 1.500,00 €/anno per gravi patologie/post-intervento chirurgico (solo in forma indiretta)	Eseguite da fisioterapisti iscritti ad albo o medici. Necessaria prescrizione medica con indicazione della patologia e numero sedute.
Lenti correttive	Indiretta	Nessuno	€160/biennio	Prescrizione medico specialista o ottico
Degenze, Ricoveri e Interventi chirurgici	Diretta Indiretta	In base alla tariffa e tipologia d'intervento	Tariffe specifiche per ogni tipo di intervento (es. chirurgia generale, cardiochirurgia, ortopedia) e per retta di degenza	Obbligo di allegare cartella clinica sottoscritta dal responsabile della struttura.
Presidi e protesi	Indiretta	In base al presidio / rimborso basato sul costo fatturato (o % dedicata)	Variabile in base al presidio (es. parrucca max 300,00 €, plantari max 150,00 €, protesi acustica max 600,00 €, defibrillatore impiantabile max 9.273,00 €)	L'intervento chirurgico di applicazione (se presente) è tariffato nella rispettiva branca chirurgica.
Diaria per Ricovero SSN	Indiretta	Primi 10 gg esclusi	78€/giorno per max 60 giorni	Valido in caso di ricovero ordinario con pernottamento a totale carico del SSN.

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Trapianto di Organo	Indiretta Diretta (se ricovero)	Secondo regole generali di ricovero	Rimborso di tutte le spese di prelievo organo + diaria di 78,00 € al giorno per un familiare assistente (max 30 giorni fuori provincia)	Rientra nei grandi interventi / percorsi di trapianto autorizzati.
Ricovero all'Estero	Indiretta	Secondo regole generali	• Rimborso spese di trasporto del solo assistito (esclusi mezzi propri): 50% della spesa fino a un tetto massimo di 2.066,00 € (per ricoveri > 30.000 €). • Diaria per familiare accompagnatore: 78,00 € al giorno (fino al 45° giorno, esclusi i primi 10).	Applicabile per ricoveri comportanti spese superiori a 30.000,00 €.
Decesso dell'iscritto	Indiretta	Nessuno	Contributo una tantum di 2.000,00 € quale partecipazione alle spese	Richiesta da presentare a cura degli eredi allegando certificato di morte e atto notorio.
Pacchetti prevenzione	Diretta Indiretta	• Diretta: Quota fissa di 30,00 € per singolo protocollo (60,00 € per combinati). • Indiretta: Nessuna franchigia.	• Cardiovascolare: max 250,00 € • Donna <45: max 200,00 € • Donna >45: max 230,00 € • Prostatica: max 170,00 € • Combinazioni: max 400,00 € - 450,00 €	Non occorre prescrizione medica. Fruibili una volta per anno solare (01/01-31/12).

Prestazione	Modalità	Franchigia / Scoperto	Limite di spesa / Massimale	Note
Vaccino antinfluenzale	Indiretta	Nessuno	Rimborso della spesa sostenuta per l'acquisto del vaccino	Necessaria prescrizione del curante e scontrino parlante/ricevuta della farmacia.
Profilassi contro il Virus del Papilloma Umano (HPV)	Indiretta	Nessuno	Tariffa di rimborso comprensiva del costo del farmaco e della somministrazione (max 3 somministrazioni nella vita associativa)	Invio dei documenti in un'unica soluzione al termine del ciclo vaccinale con prescrizione medica.
Odontoiatria	Diretta Indiretta	• Indiretta: Compartecipazione del 10% sulla quota rimborsabile. • Diretta: Partecipazione indicata dal centro convenzionato.	Massimale annuo complessivo: 10.000,00 €. Singole tariffe per prestazione.	Richiesta documentazione di pagamento tracciabile. Limiti temporali di ripetibilità per alcune prestazioni.
Assistenza Persona Non Autosufficiente	Indiretta	Nessuno	Importo mensile pari all'Indennità di Accompagnamento di Legge	Per iscritti con punteggio Barthel Index Modificato (BIM) 40 o 49. Erogazione trimestrale dietro giustificativi
Sezione Speciale "Grandi Eventi"	Indiretta Intramoenia	Franchigia di 15.000,00 € a carico dell'iscritto	Limite massimo di 250.000,00 € nell'arco della vita associativa	Riservato a quadri in costanza di lavoro per gravi patologie (neoplasie gravi, cerebrovasculopatie, trapianti, ecc.). Contributo una tantum.

Principali casi di non operatività

Il piano non copre, tra le garanzie e gli eventi esclusi:

- Irregolarità contributiva: Sospensione delle prestazioni in caso di mancato o tardivo versamento dei contributi da parte dell'azienda.
- Scadenza dei termini (Decadenza): Domande di rimborso inviate oltre i 365 giorni dalla spesa o prescrizioni mediche risalenti a più di un anno prima.

- Mancanza di appropriatezza: Esclusione di prestazioni non necessarie dal punto di vista medico, non connesse a patologie o a finalità puramente estetiche.
- Esclusione dei farmaci: I farmaci non sono rimborsabili, tranne i chemioterapici antineoplastici e il vaccino antinfluenzale.
- Spese di viaggio e soggiorno: Generalmente escluse, salvo rare eccezioni previste per trapianti o ricoveri all'estero.
- Telemedicina: Prestazioni non rimborsabili se eseguite via telemedicina (salvo casi espressamente indicati).
- Pagamenti non tracciabili in odontoiatria: Prestazioni odontoiatriche pagate con modalità non tracciabili.
- Eventi dolosi o colpa grave: Esclusione per atti dolosi, sport estremi, tentativi di suicidio, abusi di alcol o stupefacenti.
- Frodi e irregolarità documentali: Manomissione di documenti, falsa dichiarazione o rifiuto di sottoporsi a controlli medici disposti dalla Cassa.
- Debiti con la Cassa: Rifiuto di restituire somme precedentemente erogate per errore.

Nomenclatore

Premessa generale e scopi della cassa

La Cassa Assistenza Sanitaria Quadri QuAS offre ai propri Iscritti assistenza sanitaria esclusivamente sotto forma di rimborso delle spese sanitarie sostenute, secondo i termini e le modalità disciplinati nel presente Regolamento e nel Tariffario Nomenclatore e in accordo con il principio dell'appropriatezza.

Definizione di Appropriatezza:

L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Dal Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatezza https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_ allegato.pdf

Articolo 1 - Oggetto e accettazione del regolamento

Il presente Regolamento sostituisce integralmente la disciplina previgente con decorrenza 1° gennaio 2026, come deliberato dal Consiglio Direttivo della Cassa in data 20 novembre 2025.

Con l'iscrizione alla Cassa, ciascun Iscritto accetta in modo pieno e vincolante:

- il presente Regolamento
- il Tariffario Nomenclatore delle prestazioni sanitarie deliberato e di volta in volta aggiornato dagli Organi della Cassa, e prende atto di tutte le clausole e le condizioni contenute nel Regolamento e nel Tariffario Nomenclatore, che si intendono essenziali e inderogabili, non potendo essere oggetto di rinuncia o modifica per alcuna ragione.

Articolo 2 – Iscrizione

2.1. Destinatari

L'iscrizione alla QuAS, integrativa del Servizio Sanitario Nazionale, è obbligatoria per tutti i dipendenti con qualifica di Quadro ai quali si applichino i seguenti CCNL:

- H011- CCNL per i Dipendenti da Aziende del Terziario, della Distribuzione e dei Servizi stipulato da Confcommercio, Filcams CGIL, Fisascat CISL e Uiltucs
- H05Y – CCNL per i Dipendenti da Aziende dei settori Pubblici Esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale e Turismo (ricompreso il Ccnl Concessionari scommesse ippiche e sportive, bingo) stipulato da FIPE, ANGEM; LEGACOOP PRODUZIONE E SERVIZI; FEDERLAVORO E SERVIZI CONFCOOPERATIVE; AGCI, Filcams CGIL, Fisascat CISL, Uiltucs
- H052 – CCNL per i Dipendenti da Aziende del settore Turismo, stipulato da Federalberghi, Faita e con Filcams CGIL, Fisascat CISL e Uiltucs
- H04Z – CCNL per i Dipendenti da Imprese di viaggi e turismo, stipulato da Fiavet e con Filcams CGIL, Fisascat CISL e Uiltucs stipulati da Federalberghi, Federreti, Fipe, Fiavet, Faita e con Filcams CGIL, Fisascat CISL e Uiltucs
- H008 – CCNL Distribuzione Moderna Organizzata (DMO) stipulato da Federdistribuzione, Filcams CGIL, Fisascat CISL, Uiltucs.

Hanno, altresì, l'obbligo d'iscrizione a QuAS anche i dipendenti con qualifica di Quadro delle Aziende che applicano i seguenti CCNL:

- H341 – CCNL Aziende ortofrutticole e agrumarie, stipulato da Fruitimprese con Flai CGIL, CGIL, Fisascat CISL, CISL, Uiltucs
- H201 – CCNL per i Dipendenti da Aziende esercenti la lavorazione, il commercio, il trasporto, l'esportazione e l'importazione all'ingrosso di fiori freschi recisi, verde e piante ornamentali per imprese commerciali, consortili o cooperative stipulato da ANCEF con Flai CGIL, Fisascat CISL, Uiltucs
- HV17 – CCNL Vigilanza Privata e Servizi di Sicurezza stipulato da ANIVP; ANIsicurezza; ASSIV; UNIV; LEGACOOP PRODUZIONE E SERVIZI; AGCI SERVIZI con Filcams CGIL, Fisascat CISL e Uiltucs
- H077 – CCNL per i dipendenti degli impianti e delle attività sportive profit e no profit stipulato da Confederazione Italiana dello Sport, Confcommercio con SLC CGIL; Fisascat CISL; Uilcom UIL
- T09M – CCNL per il personale dipendente del settore assistenziale, socio-sanitario e delle cure post intensive, stipulato da Confcommercio Salute Sanità e Cura, Confcommercio con Fisascat CISL e Uiltucs.

L'iscrizione è riservata alle Aziende, Enti, Associazioni, Fondazioni etc. che svolgono attività riconducibili al settore Terziario, Distribuzione e Servizi, al settore Turismo e alla Distribuzione Moderna Organizzata, elencati in precedenza; sono iscrivibili anche le Aziende estere che adempiono agli obblighi fiscali e contributivi in Italia.

L'Assemblea dei Soci QuAS può, in via eccezionale, consentire l'iscrizione di Quadri soggetti a CCNL diversi da quelli previsti dallo Statuto QuAS, stabilendo la misura del contributo annuo dovuto come previsto all'art. 3 dello Statuto stesso.

2.2. Condizioni di ammissibilità

Hanno diritto alle prestazioni sanitarie i Quadri dipendenti da Aziende che:

- appartengono ai settori di cui al comma 2.1
- siano in regola con il versamento dei contributi dovuti alla QuAS

- rispettino integralmente il CCNL applicato.

Le prestazioni erogate riguardano esclusivamente la persona del Quadro, con esclusione del nucleo familiare, salvo quanto previsto per la "Tutela del figlio/a".

2.3. Modalità di iscrizione

L'iscrizione di Aziende e Quadri deve essere comunicata dall'Azienda esclusivamente online, tramite i canali dedicati disponibili sul sito istituzionale www.quas.it.

Anche le Aziende che versano i contributi tramite F24 sono tenute a formalizzare le iscrizioni online.

Con l'iscrizione, l'Azienda dichiara:

- di applicare integralmente uno dei CCNL indicati e gli obblighi contributivi connessi
- di aver informato il Quadro sul contenuto del Regolamento e del Tariffario Nomenclatore vigenti
- di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, anche di natura particolare.

La prima volta che accede alla sezione anagrafica della propria Area Riservata, ovvero, contestualmente all'istruzione di ciascuna richiesta di rimborso diretto e indiretto, il Quadro dichiara di accettare senza riserve l'integrale contenuto del Regolamento, approvando per quanto di sua competenza esplicitamente le clausole di cui agli artt. da 1 a 9 del Regolamento QuAS, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 cod. civ.

La QuAS può richiedere ulteriore documentazione necessaria, anche presso Enti pubblici o privati, per verificare l'inquadramento aziendale, il tipo di rapporto di lavoro e l'esistenza dello stesso.

2.4. Decorrenza e durata dell'assistenza

L'iscrizione del Quadro alla Cassa deve essere comunicata dall'Azienda entro 30 giorni dall'assunzione o dall'attribuzione della qualifica di Quadro e non può essere perfezionata in data anteriore alla nomina o all'assunzione dello stesso.

La Cassa eroga rimborsi in forma diretta o indiretta per spese sanitarie previste dal Tariffario Nomenclatore vigente sostenute a partire dal primo giorno del mese successivo alla formalizzazione online dell'iscrizione del Quadro da parte dell'Azienda.

L'assistenza sanitaria si interrompe in caso di:

- irregolarità contributiva
- decesso dell'Iscritto
- perdita della qualifica di Quadro
- variazione del CCNL applicato.

2.5. Obbligo contributivo

L'iscrizione alla Cassa è un obbligo contrattuale.

Il versamento dei contributi decorre dalla data di attribuzione della qualifica di Quadro, anche se precedente alla data di comunicazione dell'iscrizione del Quadro da parte dell'Azienda.

2.6. Cessazione del rapporto di lavoro e regolarità contributiva

In caso di cessazione del rapporto di lavoro l'assistenza sanitaria della Cassa si interrompe alla scadenza della copertura contributiva annuale. In ogni caso l'Azienda deve comunicare a QuAS entro e non oltre 30 giorni la cessazione dell'iscrizione del Quadro.

Nel caso l'Azienda comunichi tardivamente la cessazione del rapporto di lavoro del Quadro e quest'ultimo abbia usufruito di prestazioni in periodi successivi alla cessazione dell'assistenza sanitaria:

a. eventuali versamenti eseguiti dall'Azienda in data successiva alla cessazione e riconducibili alla posizione del Quadro cessato, verranno utilizzati dalla Cassa per il recupero fino a concorrenza degli importi erogati per la/le prestazione/i non dovuta/e; l'eventuale eccedenza sarà restituita all'Azienda, su richiesta della stessa

b. in assenza del versamento aziendale per periodi successivi alla cessazione del Quadro, quest'ultimo sarà tenuto alla restituzione degli importi percepiti per prestazioni non dovute

c. in ogni caso è facoltà della Cassa agire per il recupero degli importi erogati per prestazioni non dovute.

Nel caso d'iscrizione non conforme o irregolarità contributiva totale o parziale l'assistenza sanitaria non potrà essere garantita sino alla regolarizzazione della posizione contributiva, che dovrà avvenire entro i termini indicati all'art. 5 comma 7.

Articolo 3 - Contribuzione

Per ciascun Quadro Iscritto è dovuto un contributo annuo nella misura stabilita dai CCNL e riportata nel presente Regolamento. Il contributo costituisce parte integrante della retribuzione contrattuale ed è, pertanto, da considerarsi obbligatorio.

Dal 1° gennaio 2026, gli importi sono i seguenti:

- H011 - Ccnl Terziario, Distribuzione e Servizi
- H008 - Ccnl DMO
- HV17 - Vigilanza Privata
- T09M SALUTE
- H077 SPORT
- H341 ORTOFRUTTICOLI
- H201 IMPORT/EXPORT FIORI

€ 446,00 (di cui € 56,00 a carico del Quadro e € 390,00 a carico dell'Azienda).

Limitatamente al primo anno di iscrizione a QuAS, il contributo annuale deve essere versato interamente per la parte di competenza del Quadro (€ 56,00), mentre è frazionabile quella a carico dell'Azienda € 390,00) come descritto nella tabella in calce.

- H05Y Ccnl Pubblici Esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale e Turismo_FIPE
- H052 Ccnl settore Turismo_FEDERALBERGHI/FAITA
- H04Z Ccnl Imprese di viaggi e Turismo_FIAVET

€ 430,00 (di cui € 50,00 a carico del Quadro e € 380,00 a carico dell'Azienda).

Limitatamente al primo anno di iscrizione a QuAS, il contributo annuale deve essere versato interamente per la parte di competenza del Quadro (€ 50,00), mentre è frazionabile quella a carico dell'Azienda € 380,00) come descritto nella tabella in calce.

All'atto di iscrizione di un nuovo Quadro non precedentemente Iscritto a QuAS, l'Azienda è inoltre tenuta a versare una quota costitutiva una tantum non frazionabile pari a € 340,00.

In caso d'inadempimento dell'obbligo contrattuale di iscrizione alla QuAS, l'Azienda deve erogare al Quadro un elemento distinto della retribuzione non assorbibile (EDR), che rientra nella retribuzione di fatto assoggettabile a contributi sociali ed imposizione fiscale, ovvero quanto previsto dal relativo CCNL.

3.1 Modalità di versamento

I contributi devono essere versati dall'Azienda, anche per la parte di competenza del Quadro, per tutti i periodi per i quali è dovuta la retribuzione, ivi compreso il periodo di prova o di preavviso coperto dalla relativa indennità.

I contributi sono dovuti nella misura intera anche per i dipendenti Quadri con rapporto di lavoro part-time: qualora esista il rapporto di lavoro e l'erogazione della retribuzione, il contributo QuAS è dovuto anche se l'orario di lavoro è ridotto.

Per i dipendenti Quadri con contratto a tempo determinato la contribuzione è dovuta per l'intero anno solare in cui cade il rapporto di lavoro, con le stesse modalità previste per il contratto di lavoro a tempo indeterminato.

Il contributo versato dall'Azienda (anche per la quota del Quadro) deve essere pagato come segue:

- per le Aziende che effettuano il pagamento tramite MAV/bonifico, in unica soluzione **entro il 31 gennaio** dell'anno a cui il versamento si riferisce (utilizzando il bollettino MAV spedito all'Azienda o scaricabile online dall'Area Riservata dell'Azienda stessa)
- per le Aziende che effettuano il pagamento tramite F24, in unica soluzione **entro il 16 febbraio** dell'anno cui il versamento si riferisce.

Per le nuove Aziende che si iscrivono alla Cassa, la scelta della modalità di pagamento (MAV/bonifico o F24) avverrà contestualmente all'atto dell'iscrizione e sarà attiva già nell'anno in corso.

Le Aziende già iscritte alla Cassa che intendano variare il metodo di pagamento (MAV/bonifico o F24) possono farlo dal 1° ottobre al 30 novembre di ciascun anno, autonomamente dall'Area Riservata dell'Azienda. La variazione avrà decorrenza operativa dal mese di gennaio dell'anno successivo.

In caso di mancata variazione entro tale data, per le stesse rimarrà in vigore il sistema di pagamento in essere.

Il mancato rispetto delle scadenze comporta la sospensione delle prestazioni fino alla regolarizzazione, come previsto all'art. 2.6.

In caso di nuove nomine o di assunzioni di Quadri in corso d'anno (successive al termine di scadenza per il versamento del contributo annuale), il contributo versato dall'Azienda (anche per la quota del Quadro) deve essere pagato come segue:

- per le Aziende che effettuano il pagamento tramite MAV/bonifico, **entro 30 giorni** dalla data di comunicazione dell'iscrizione del Quadro (utilizzando il bollettino MAV scaricabile online dall'Area Riservata dell'Azienda stessa)
- per le Aziende che effettuano il pagamento tramite F24, **entro il giorno 16 del mese successivo** alla data di comunicazione dell'iscrizione del Quadro.

Sarà cura delle Aziende provvedere autonomamente al saldo integrativo della contribuzione seguendo le modalità di pagamento previste dalla Cassa.

Articolo 4 – Assistenza sanitaria

La Cassa rimborsa le prestazioni medico-chirurgiche, riabilitative, terapeutiche e diagnostiche – comprese le visite specialistiche – fino ai limiti economici previsti dal Tariffario Nomenclatore, che costituisce parte integrante del presente Regolamento.

La Cassa riconosce le prestazioni sanitarie fruite all'estero solo se previste nel Tariffario Nomenclatore vigente. La documentazione medica probante e le fatture relative alle spese sostenute all'estero devono essere accompagnate dalla traduzione completa, a cura dell'Iscritto, di tutte le voci elencate.

Per il puntuale rispetto dell'unicità dell'evento sanitario e delle prestazioni allo stesso correlate, la voce riportata nel Tariffario Nomenclatore costituisce l'evento principale e il relativo importo rimborsabile è onnicomprensivo di tutti gli adempimenti e/o pratiche sanitarie connesse, anche se non esplicitamente riportate nel Tariffario Nomenclatore, che costituiscono parte integrante della prestazione fruita.

4.1 Assistenza sanitaria in forma indiretta

Per le spese sanitarie sostenute in regime di sanità privata, la Cassa eroga rimborsi sino alla quota massima rimborsabile prevista per ciascuna voce elencata nel Tariffario Nomenclatore di anno in anno vigente.

Nel caso di spese rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale, il pagamento a carico QuAS riguarderà esclusivamente l'importo del ticket, comunque nei limiti del Tariffario Nomenclatore vigente.

In presenza di polizze sanitarie integrative a garanzia primaria sottoscritte con Compagnie di Assicurazione che coprono l'intero evento sanitario, la QuAS interviene esclusivamente in forma integrativa nei limiti del Tariffario vigente. Nel caso di polizze sanitarie a secondo rischio rispetto a QuAS, la Cassa interviene in prima istanza nei limiti delle tariffe elencate nel Tariffario Nomenclatore per le singole voci.

In entrambi i casi, ai fini del rimborso, le domande devono essere corredate da apposita dichiarazione rilasciata dall'Azienda, oppure da una autocertificazione dell'Iscritto richiedente con la quale si attesti la tipologia della polizza sottoscritta.

4.2 Assistenza sanitaria in convenzione diretta

La Cassa ha stipulato convenzioni con strutture sanitarie polispecialistiche: l'Iscritto potrà accedervi previa autorizzazione preventivamente rilasciata, di volta in volta, dalla QuAS tramite codice PNR (Patient Name Record).

Per tali prestazioni è prevista una partecipazione economica a carico dell'assistito.

Articolo 5 – Richiesta di rimborso

5.1. Modalità di presentazione

La richiesta di rimborso deve essere inoltrata esclusivamente online tramite il portale www.quas.it, seguendo l'apposito percorso informatico.

Non saranno prese in considerazione richieste trasmesse con modalità diverse (e-mail, posta ordinaria o raccomandata, consegna a mano, ecc.); la documentazione eventualmente presentata non sarà restituita.

Ogni pratica può essere monitorata direttamente dall'Iscritto all'interno della propria Area Riservata.

Non è necessario allegare referti o esiti diagnostici, salvo i casi espressamente previsti dal Tariffario Nomenclatore e/o su specifica richiesta della Cassa (come disciplinato dall'art. 6 del presente Regolamento).

5.2. Termini di presentazione

- La domanda deve essere inoltrata e**ntro 365 giorni dalla data del documento di spesa fiscalmente valido** relativo alla prestazione sanitaria, pena la decadenza dal diritto al rimborso.
- Qualora l'importo complessivo della richiesta di rimborso non raggiunga la soglia minima di € 160,00, la lavorazione della pratica sarà automaticamente posticipata di 90 giorni. Ai fini del calcolo della soglia, vengono considerate cumulativamente tutte le pratiche presentate dall'Iscritto nella medesima data. Per tale motivo, si raccomanda agli Iscritti di raggruppare e presentare contestualmente le richieste relative a spese di importo inferiore a € 160,00, così da consentire il raggiungimento della soglia minima ed evitare la posticipazione automatica dei rimborsi.
- Ai fini del presente Regolamento, per data di fruizione della prestazione si intende la data della relativa documentazione di spesa fiscalmente valida, anche qualora si tratti di acconti. Tale principio si applica anche a tutte le prestazioni soggette a limiti temporali (come, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, alcune prestazioni afferenti alla fisioterapia, all'odontoiatria e alle lenti correttive).
- Le fatture sono esaminate dalla Cassa una sola volta; è tuttavia possibile richiedere un riesame della pratica entro 90 giorni, allegando la documentazione integrativa richiesta o utile
- Ogni fattura può essere presentata una sola volta e non può essere allegata in più pratiche di rimborso. Per ciascun evento sanitario è obbligatorio trasmettere la relativa documentazione sanitaria e di spesa in un'unica richiesta di rimborso, evitando di frazionare o ripartire la stessa su più pratiche. Eventuali frazionamenti potranno, infatti, comportare l'inibizione del rimborso, con conseguente rigetto della pratica.
- Non è possibile chiedere rimborsi per prestazioni non ancora effettuate
- È ammesso il rimborso di fatture di acconto solo se accompagnate dalla fattura di saldo con il dettaglio delle prestazioni e dei relativi importi.
- Non è ammesso il rimborso di documentazione di spesa che non indichi chiaramente il saldo avvenuto.

5.3. Documentazione da presentare

Per ottenere il rimborso, fino ai massimali previsti dal Tariffario Nomenclatore, devono essere trasmessi:

- la modulistica dedicata (se prevista), disponibile sul sito www.quas.it nella sezione "Tariffario: Prestazioni e Modulistica"
- copia della fattura/ricevuta fiscale, che deve riportare in modo analitico ciascuna prestazione eseguita e il relativo costo
- la prescrizione del medico curante o dello specialista, contenente diagnosi o sospetto diagnostico (anche in formato elettronico).

5.4. Regole particolari

- La prescrizione medica comprovante lo stato patologico (la diagnosi o il sospetto diagnostico) è obbligatoria per tutte le prestazioni, sia per quelle fruite in forma diretta presso strutture convenzionate che in forma indiretta; deve essere sempre valida (emessa entro un anno dalla data della fattura) e presentata in ciascuna pratica di rimborso, anche se già comunicata e documentata in pratiche precedenti. La prescrizione non è richiesta per le prestazioni odontoiatriche e quelle afferenti ai Protocolli di Prevenzione, per la fruizione delle quali si rimanda ai relativi paragrafi del Tariffario Nomenclatore.
- La prevenzione è rimborsabile solo nei termini e nelle modalità espressamente previsti dal Tariffario Nomenclatore.
- Nei casi di ricovero ordinario, day hospital o chirurgia ambulatoriale, è obbligatorio allegare:
- prescrizione del medico curante contenente la diagnosi o il sospetto diagnostico
- copia della cartella clinica o altra documentazione clinica firmata dal responsabile della struttura sanitaria
- elenco dei nominativi dei professionisti interessati che hanno preso parte alla prestazione (medici, ostetriche e ogni altro professionista), come risultante dalla cartella clinica.

5.5. Modalità di erogazione dei rimborsi e prospetti liquidativi

Il rimborso delle prestazioni avviene esclusivamente tramite bonifico bancario sul conto corrente intestato all'Iscritto, previa comunicazione del codice IBAN e della banca di riferimento.

Non sono ammessi rimborsi mediante assegni (bancari, postali o circolari), né accrediti a favore di soggetti terzi, anche se formalmente cessionari dei corrispondenti diritti.

Per le prestazioni effettuate in **forma indiretta**, la Cassa fornisce, per ciascuna pratica, un riepilogo delle spese rimborsate e di quelle eventualmente rimaste a carico dell'Iscritto.

Per le prestazioni effettuate in **forma diretta** presso strutture sanitarie convenzionate:

- in caso di prestazioni diagnostiche, la quota a carico del paziente è già indicata nella fattura e pertanto QuAS non emette ulteriori dichiarazioni o prospetti liquidativi
- in caso di ricoveri con intervento chirurgico o di cure odontoiatriche, la Cassa può rilasciare un apposito prospetto liquidativo riepilogativo del piano di cura effettuato.

5.6. Limitazioni e responsabilità

- Eventuali rimborsi pregressi ottenuti in base a Regolamenti non più vigenti, oppure erogati per correntezza o per errata valutazione della documentazione - sanitaria e/o fiscale - prodotta, non possono dare diritto a ulteriori rimborsi non previsti dal vigente Regolamento.
- La Cassa non può svolgere, per motivi organizzativi e per la mancata conoscenza diretta dello specifico quadro clinico dell'assistito, servizi di consulenza sanitaria su casi concreti, né può indicare la prestazione da richiedere: tale responsabilità ricade sull'Iscritto con l'eventuale ausilio del medico curante.
- la valutazione finale delle pratiche spetta ai Consulenti medici della Cassa, il cui parere è vincolante.
- per quanto attiene ai calcoli preventivi, la Cassa non può esprimere alcuna considerazione in merito né fornire elementi di valutazione, che spettano esclusivamente all'interessato.
- Non saranno fornite consulenze di carattere fiscale, né informazioni sulle prestazioni sottoposte a limite o già fruite nel corso dell'anno: il conteggio dei massimali è responsabilità dell'Iscritto, il quale è tenuto a conoscere e rispettare le disposizioni regolamentari e a conservare sia la documentazione di spesa fiscalmente valida rilasciata dalle strutture convenzionate, sia le lettere di liquidazione delle prestazioni rimborsate in modalità indiretta.

5.7. Riesami

Nel caso di richieste di rimborso sospese per mancanza dei requisiti richiesti o per irregolarità contributiva, l'Iscritto può chiederne il riesame attraverso la propria Area Riservata, **entro 90 giorni** dalla data di sospensione della richiesta stessa. La richiesta di riesame che non dovesse contenere documentazione idonea a sanare i requisiti carenti o l'irregolarità contributiva rilevata NON interromperà il termine di 90 giorni, trascorsi i quali la pratica verrà respinta definitivamente.

È possibile altresì richiedere la rivalutazione di richieste di rimborso già liquidate o respinte, secondo le medesime tempistiche.

Nel caso di pratiche di rimborso **respinte in via definitiva**, l'Iscritto può formulare istanza di ricorso alla Presidenza come descritto all'art. 8 del presente Regolamento.

Articolo 6 – Controlli

La Cassa, in relazione alle prestazioni oggetto di richiesta di rimborso, può richiedere, in qualunque momento ulteriore documentazione sanitaria o amministrativa (documentazione riguardante patologie, esami, analisi, spese, immagini

fotografiche e quant'altro ritenga necessario per l'evasione della pratica), nonché sottoporre l'Iscritto a visita medica di controllo a carico della Cassa, anche preventivamente alla prestazione oggetto di richiesta di rimborso.

È facoltà della Cassa, ove ritenuto necessario ai fini della corretta applicazione del presente Regolamento, subordinare le successive richieste di rimborso a preventiva valutazione, attraverso la richiesta di esibizione del preventivo di spesa e/o della documentazione sanitaria (reperti fotografici, referti medici e quant'altro). In caso di rifiuto dell'invio o mancata presentazione dei documenti richiesti o di disponibilità a sottoporsi a visita medica, la Cassa potrà valutare la possibilità di interrompere o respingere il rimborso.

In caso infortunio o incidente, la Cassa può richiedere referti rilasciati dal Pronto Soccorso e/o verbali redatti dalle Autorità competenti intervenute.

La Cassa è tenuta al recupero delle somme erroneamente rimborsate a causa di errori di qualsiasi genere o per qualsiasi motivo di irregolarità riscontrato dalla stessa. Tali somme dovranno essere restituite dall'Iscritto con bonifico bancario, secondo le indicazioni fornite dalla Cassa. In mancanza della restituzione dell'importo non spettante, la Cassa non potrà erogare ulteriori rimborsi in forma indiretta, né prestazioni in forma diretta.

Articolo 7 - Esclusioni

Sono in ogni caso escluse dal rimborso le prestazioni di seguito elencate:

1. tutte le prestazioni che non rispettino il principio dell'appropriatezza secondo i canoni stabiliti dal Servizio Sanitario Nazionale e dalle linee guida scientifiche
2. visite mediche non specialistiche. La specializzazione del medico curante è accertata dalla Cassa attraverso l'iscrizione nell'apposito Albo professionale
3. prestazioni effettuate in assenza di stati patologici
4. tutti i farmaci ad eccezione di quelli chemioterapici; tutte le strumentazioni, in quanto il costo è compreso nella tariffa prevista per la prestazione sanitaria nel rispetto del principio dell'unicità dell'evento sanitario
5. tutte le prestazioni odontoiatriche non esplicitamente elencate nel presente Tariffario Nomenclatore
6. prestazioni sanitarie, anche chirurgiche che abbiano componenti con finalità estetiche
7. prodotti dietetici
8. calzature ortopediche, calze elastiche
9. presidi per deambulazione
10. colorimetro a riflessione per la misurazione domiciliare della glicemia
11. spese di viaggio e soggiorno (per qualunque intervento e/o prestazioni collegate), salvo le eccezioni specificatamente previste
12. apparecchi nebulizzatori per bronco pneumopatie croniche
13. tutte le spese già coperte da assicurazioni per legge (nel caso di recusazione, è necessario produrre idonea documentazione), per contratto di lavoro o a carico dell'Azienda, oppure derivanti da partecipazioni a gare sportive od avvenimenti agonistici
14. tutte le prestazioni che non sono corredate della documentazione conforme al vigente Regolamento

15. tutti i rimborsi che prevedono l'erogazione d'indennità (vedasi indennità di ricovero) spediti oltre 365 giorni dalla data di chiusura dell'evento sanitario
16. tutti i rimborsi richiesti oltre 365 giorni dalla data della rispettiva fattura, anche se la stessa ha riguardato un pagamento in acconto o saldo, oppure una prestazione parziale. Il limite di presentazione dei 365 giorni vale anche per il riconoscimento della diaria per i ricoveri. Si precisa che per tale termine fa fede la data d'invio della documentazione con procedura online
17. tutte le prestazioni fruite dai nuovi Iscritti anteriormente alla data di decorrenza dell'iscrizione alla Cassa nei termini riportati all'articolo 2
18. tutte le spese inerenti alle cure termali, che non siano prescritte e motivate da un medico specialista della ASL o da medico INAIL, con effettuazione entro 90 giorni dalla prescrizione presso strutture sanitarie riconosciute e/o abilitate dal SSN nel territorio italiano
19. tutte le spese inerenti alle sedute di psicoterapia, qualora:

a. non siano prescritte esclusivamente da specialisti in psichiatria e/o neurologia

b. non siano effettuate da professionisti abilitati alla attività di psicoterapeuta (iscritti allo specifico albo degli psicoterapeuti)

c. non siano effettuate in sedute individuali

d. non siano effettuate in presenza

20. tutte le spese odontoiatriche le cui fatture non fossero accompagnate dalla ricevuta del pagamento avvenuto in modalità tracciabile (bancomat, carta di credito, bonifico, assegno, ecc.)
21. tutte le prestazioni fruibili sia in regime di convenzionamento diretto che in modalità indiretta, in caso di irregolarità contributiva dell'Azienda
22. tutte le prestazioni, anche chirurgiche, inappropriate o non connesse ad uno stato patologico o che, qualora non venissero effettuate, non verrebbe arrecato pregiudizio alla salute dell'Iscritto
23. tutte le prestazioni di qualsiasi genere, a carattere estetico o con finalità estetica e prestazioni, di qualsiasi genere, ad esse conseguenti o riconducibili o da esse causate
24. tutte le prestazioni fruibili sia in regime di convenzionamento diretto che in modalità indiretta, nei casi in cui l'Iscritto abbia ricevuto, per qualsivoglia motivo, importi non dovuti e si rifiuti di restituirli
25. spese di bolli, imposte e tasse
26. prestazioni di natura occasionale
27. i ricoveri in regime ordinario o di day hospital/day surgery durante i quali vengono praticate prestazioni mediche, diagnostiche, terapeutiche o chirurgiche che, per la loro natura, possono essere effettuate anche in ambulatorio senza recare pregiudizio alla salute del paziente.

Tutte le prestazioni effettuate in modalità di telemedicina, salvo nei casi eventualmente espressamente indicati

Articolo 8 – Ricorsi e Sanzioni

In caso di respingimento in via definitiva di una richiesta di rimborso per motivi sanitari o amministrativi, l'Iscritto può presentare ricorso entro 90 giorni con istanza alla Presidenza della Cassa, mediante raccomandata A/R o PEC (quas@arubapec.it),

allegando la documentazione utile. Non saranno accolte istanze presentate laddove il ricorso si basi su **violazioni evidenti delle norme regolamentari**, tali da non consentire all'organo competente alcuna valutazione.

I ricorsi saranno esaminati da apposita Commissione, nominata dall'organismo di gestione della Cassa, e deliberati dal Consiglio Direttivo il cui pronunciamento è inappellabile.

Saranno severamente sanzionati, facendo decadere ogni possibilità di rimborso, i comportamenti strumentali al rimborso e a danno della Cassa, quali, ad esempio:

- manomissione delle documentazioni mediche o di spesa
- produzione di documenti e/o informazioni non corrispondenti al vero
- mancata produzione di ulteriore documentazione richiesta dalla Cassa ai sensi dell'art. 6 del Regolamento.

Saranno, altresì, oggetto di analisi i comportamenti o gli atti pretestuosi o intimidatori volti ad arrecare un danno all'organizzazione della Cassa o che gettino discredito all'immagine della Cassa.

Il Consiglio Direttivo della Cassa potrà, pertanto, deliberare, in relazione alla gravità dei fatti accertati, la sospensione temporanea o definitiva delle prestazioni garantite all'Iscritto, ovvero dell'iscrizione alla Cassa.

Articolo 9 – Comunicazioni e assistenza

Le comunicazioni ufficiali tra la Cassa e gli Iscritti avvengono esclusivamente attraverso il sito web istituzionale (www.quas.it) e, al suo interno, tramite l'Area Riservata dell'Iscritto.

Pertanto, l'Iscritto potrà accedere a tutte le informazioni e alle regole inerenti alla Cassa attraverso il sito web e potrà accedere a tutte le informazioni inerenti alle sue pratiche di rimborso all'interno della propria Area Riservata.

L'Iscritto potrà formulare eventuali richieste di informazioni a carattere generale attraverso i seguenti canali:

- Form di contatto appositamente previsto sul sito istituzionale della Cassa
- Help Desk telefonico, chiamando lo 06-5852191 attivo dal lunedì al venerdì, negli orari indicati sul sito istituzionale.

Nota: Regolarità contributiva

In base alle norme contrattuali ciascun Quadro ha diritto ad essere iscritto alla QuAS e ad usufruire delle relative prestazioni previste. Al fine di rendere concreta ed operativa l'unicità del dettato contrattuale, è assolutamente necessario che le Aziende versino i contributi per tutti i dipendenti con la qualifica di Quadro e, pertanto, siano costantemente in regola con quanto stabilito al precedente articolo 3. Nei casi in cui l'Azienda abbia alle proprie dipendenze più Quadri, i versamenti collettivi devono corrispondere ai relativi importi complessivi. In caso contrario, e in carenza di tale rispondenza, la QuAS respingerà le richieste di rimborso (nei termini riportati all'art. 5.7) e sospenderà le garanzie per tutti i Quadri Iscritti alla relativa posizione Aziendale.

Data Nomina	Decorrenza Nomina	N° Mesi	Azienda	Quadro	Totale
1 - 15/01	1/1	12	€ 390,00	€ 56,00	€ 446,00
16/01 - 15/02	1/2	11	€ 357,00	€ 56,00	€ 413,00
16/02 - 15/03	1/3	10	€ 325,00	€ 56,00	€ 381,00
16/03 - 15/04	1/4	9	€ 293,00	€ 56,00	€ 349,00
16/04 - 15/05	1/5	8	€ 260,00	€ 56,00	€ 316,00

Data Nomina	Decorrenza Nomina	N° Mesi	Azienda	Quadro	Totale
16/05 - 15/06	1/6	7	€ 228,00	€ 56,00	€ 284,00
16/06 - 15/07	1/7	6	€ 195,00	€ 56,00	€ 251,00
16/07 - 15/08	1/8	5	€ 163,00	€ 56,00	€ 219,00
16/08 - 15/09	1/9	4	€ 130,00	€ 56,00	€ 186,00
16/09 - 15/10	1/10	3	€ 98,00	€ 56,00	€ 154,00
16/10 - 15/11	1/11	2	€ 65,00	€ 56,00	€ 121,00
16/11 - 15/12	1/12	1	€ 33,00	€ 56,00	€ 89,00
16/12 - 31/12	16/12	0	€ 0,00	€ 56,00	€ 56,00

Tabella di frazionamento del primo anno: H05Y Ccnl Pubblici Esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale e Turismo_FIPE - H052 Ccnl settore Turismo_FEDERALBERGHI/FAITA- H04Z Ccnl Imprese di viaggi e Turismo_FIAVET

Data Nomina	Decorrenza Nomina	N° Mesi	Azienda	Quadro	Totale
1 - 15/01	1/1	12	€ 380,00	€ 50,00	€ 430,00
16/01 - 15/02	1/2	11	€ 348,00	€ 50,00	€ 389,00
16/02 - 15/03	1/3	10	€ 317,00	€ 50,00	€ 367,00
16/03 - 15/04	1/4	9	€ 285,00	€ 50,00	€ 335,00
16/04 - 15/05	1/5	8	€ 253,00	€ 50,00	€ 303,00
16/05 - 15/06	1/6	7	€ 222,00	€ 50,00	€ 272,00
16/06 - 15/07	1/7	6	€ 190,00	€ 50,00	€ 240,00
16/07 - 15/08	1/8	5	€ 158,00	€ 50,00	€ 208,00
16/08 - 15/09	1/9	4	€ 126,00	€ 50,00	€ 176,00
16/09 - 15/10	1/10	3	€ 95,00	€ 50,00	€ 145,00
16/10 - 15/11	1/11	2	€ 63,00	€ 50,00	€ 113,00
16/11 - 15/12	1/12	1	€ 32,00	€ 50,00	€ 82,00
16/12 - 31/12	16/12	0	€ 0,00	€ 50,00	€ 50,00

Sezione speciale Gestione Pensionati - Norme integrative del regolamento

1. L'ammissione all'assistenza QuAS è consentita ai Quadri titolari di pensione a carico dell'assicurazione obbligatoria che siano stati Iscritti alla Cassa in modo continuativo nei dieci anni precedenti la presentazione della domanda di iscrizione alla Gestione Speciale.

Ai fini del calcolo dell'anzianità necessaria per l'iscrizione nella Gestione Pensionati è presa in considerazione la data in cui l'Azienda ha comunicato l'iscrizione del Quadro a QuAS, come previsto dall'art. 2.4 del Regolamento generale della gestione ordinaria.

2. A decorrere dal 01/01/2009, i Quadri pensionati che non abbiano raggiunto il requisito minimo contributivo vigente pro-tempore per l'iscrizione alla Gestione Speciale Pensionati, possono essere autorizzati ad effettuare il versamento volontario a completamento del periodo mancante in misura non superiore ad un anno di contribuzione (12 mesi). L'autorizzazione di cui sopra è strettamente collegata all'esistenza, congiuntamente e al momento della presentazione della domanda di iscrizione, delle seguenti condizioni:

- Cessazione dell'attività lavorativa che comporta il riconoscimento del requisito pensionistico obbligatorio
- Titolarità della pensione a carico del sistema obbligatorio
- Carenza contributiva non superiore ad un anno (max 12 mesi) rispetto al requisito dei dieci anni di cui all'art. 1;
- Esplicita richiesta del Quadro per l'autorizzazione al versamento volontario della contribuzione mancante
- Versamento in unica soluzione di un contributo volontario annuo, frazionabile se relativo a coperture di periodi inferiori ad un anno, nella misura prevista per i Quadri in quiescenza.

I periodi di Cassa integrazione straordinaria o casistiche di cui all'art. 7 del presente Regolamento, usufruiti dai Quadri in costanza d'iscrizione alla Cassa, verranno considerati quali periodi neutri (ovverosia non computabili e privi di qualsivoglia valenza) ai fini della determinazione del requisito minimo di anzianità di contribuzione richiesto per l'iscrizione nella gestione Quadri in Quiescenza.

3. L'iscrizione ha effetto dalla data di cessazione del rapporto di lavoro e dalla contestuale titolarità della rendita pensionistica a condizione che siano stati posti in essere, sotto pena di decadenza, gli adempimenti di cui al successivo punto 4.

In caso di cessazione di attività in corso d'anno, l'iscrizione in qualità di Quadro in Quiescenza ha data di decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo in quanto, per l'anno solare in cui è intervenuta la cessazione del rapporto di lavoro le prestazioni sanitarie sono garantite dal contributo versato dall'Azienda di appartenenza.

4. La richiesta d'iscrizione alla Gestione pensionati dovrà essere inoltrata, con un'unica domanda online, dalla propria area riservata "Gestione pensionati > Richiesta iscrizione", allegando la "Comunicazione di avvenuta liquidazione della pensione" ricevuta dall'ente previdenziale di appartenenza, attestante categoria, numero, decorrenza della pensione e data della comunicazione medesima.

Tale domanda dovrà essere presentata non oltre 90 gg. dalla data della suddetta comunicazione, tramite l'apposita procedura online presente nella propria area riservata "Gestione pensionati > Richiesta iscrizione"; in alternativa, inviando per raccomandata A/R l'apposito modulo cartaceo predisposto dalla Cassa.

Nel caso di inoltro oltre i 90 gg, la domanda di iscrizione non potrà essere presa in considerazione e l'assistenza QuAS cesserà definitivamente.

5. Il contributo a carico del Quadro pensionato, non frazionabile, è fissato per l'anno 2026 in € 1.200,00. L'entità del contributo è subordinata al costante monitoraggio che QuAS è tenuta ad effettuare allo scopo di mantenere l'equilibrio finanziario della Cassa.

Per tale ragione il contributo può essere modificato dalla Cassa stessa in rapporto all'equilibrio finanziario tra la contribuzione versata e le prestazioni sanitarie erogate agli iscritti alla Gestione Speciale Pensionati. Il contributo deve essere versato in unica soluzione entro il 10/01/2026 utilizzando l'apposito bollettino Mav che sarà inviato direttamente dalla Cassa.

Nel caso di collocamento in pensione nel corso dell'anno solare, il contributo relativo all'anno in corso rimane a carico dell'Azienda e l'iscrizione in qualità di pensionato decorrerà dall'anno successivo a seguito della verifica dei requisiti e del versamento del contributo previsti.

6. Nel caso di mancato versamento del contributo annuo entro i termini previsti nel precedente articolo, la Cassa non invierà alcun sollecito e il pagamento tardivo sarà eccezionalmente ammesso esclusivamente se eseguito entro il 28/02 dell'anno a cui il contributo si riferisce. In tali casi, le prestazioni sanitarie resteranno sospese fino all'incasso del contributo dovuto. Pagamenti eseguiti oltre la data del 28/02 dell'anno a cui il pagamento si riferisce verranno restituiti all'ordinante e l'iscrizione alla Gestione speciale Pensionati verrà cessata definitivamente, senza alcuna possibilità di appello o successiva riattivazione.

Nei casi in cui la verifica dei requisiti previsti per l'iscrizione alla Gestione Speciale Pensionati avvenga in corso d'anno e l'iscrizione alla QuAS in qualità di Quadro in servizio sia cessata negli anni precedenti (a titolo esemplificativo nei casi previsti al successivo articolo 7), il pagamento del contributo annuale deve essere eseguito entro la data di scadenza dell'avviso di pagamento, inviato dalla Cassa unitamente alla conferma dell'iscrizione. Nei casi di mancato pagamento entro il termine sopra indicato, la Cassa non invierà alcun sollecito e il pagamento tardivo sarà eccezionalmente ammesso se eseguito entro i 30 giorni successivi alla scadenza dell'avviso di pagamento suddetto. Pagamenti eseguiti oltre i 30 giorni successivi la scadenza dell'avviso di pagamento verranno restituiti all'ordinante e l'iscrizione alla Gestione speciale Pensionati verrà cessata definitivamente, senza alcuna possibilità di appello o successiva riattivazione.

7. L'iscrizione dei Quadri in mobilità lunga ai sensi della legge 223/91, o per effetto di accordo Aziendale riguardante periodi di inattività o cessazione di rami di Azienda per effetto di ristrutturazioni Aziendali, sottoscritto dalle Parti Sociali firmatarie dei CCNL di cui all'art. 2 del Regolamento generale gestione ordinaria temporalmente contenuto nei limiti massimi d'inattività fissati dalla citata legge, è consentita dal momento in cui vengono collocati in pensione sempre che, considerando neutro il periodo di mobilità per il quale non è dovuto alcun contributo, gli stessi possano comunque far valere il requisito ordinario di anzianità di iscrizione alla Cassa di cui al precedente art. 1.

Eventuali prestazioni sanitarie fruite tra la data di cessazione del rapporto di lavoro e la data di decorrenza della pensione non potranno essere oggetto di rimborso. Rimane comunque obbligatorio e sotto pena di decadenza l'adempimento di richiesta d'iscrizione alla Cassa nei termini e nelle modalità previste all'art. 4.

Tariffario

PREMESSA SULLA FRUIZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN FORMA DIRETTA: Nel caso di prestazioni ambulatoriali fruite in forma diretta presso i Centri convenzionati, verrà richiesta dal Centro stesso una partecipazione alla spesa del 20% con un tetto massimo di Euro 30,00 a prestazione. Le prestazioni sono erogate nei termini e modalità previsti dal Nomenclatore Tariffario vigente e salvo disponibilità della struttura in relazione agli accordi contrattuali.

Nota Bene: in fase di prenotazione presso una Struttura sanitaria convenzionata è necessario essere in possesso di una prescrizione medica contenente diagnosi o sospetto diagnostico: la diagnosi, infatti, deve essere comunicata all'atto della prenotazione stessa. La medesima prescrizione dovrà, successivamente, essere presentata alla Struttura per poter effettuare la prestazione richiesta.



1. Ticket

La Cassa interviene con un rimborso totale per la partecipazione del cittadino alla spesa per le prestazioni, esclusivamente riportate nel Tariffario, fornite dal SSN o da strutture sanitarie convenzionate (Ticket)

2. Diagnostica di laboratorio

Prestazione	€
Esami generali e specialistici	€
17 Alfa idrossi progesterone (17 OHP)	11,00
Acidi biliari	16,00
Acido 5 idrossi 3 indolacetico	14,00
Acido folico	13,00
Acido lattico	12,00
Acido ossalico	26,00
Acido valproico	15,00
Acido vanilmandelico (VMA)	14,00
Adrenalina plasmatica	20,00
Adrenalina urinaria	14,00
Agglutinazione per brucella abortus	5,00
Agglutinazione per brucella (Wright)	5,00
Agglutinazione per tifo e paratifo più melitense	10,00
Agglutinazione per tifo e paratifo (Widal)	13,00
Agglutinazione per tifo petecchiale (Weil-Felix)	7,00
Albuminemia	4,00
Aldosterone	13,00
Aldosterone urinario	13,00
Alfa 1 antitripsina	8,00
Alfa 1 fetoproteina	11,00
Alfa 1 fetoproteina nel liquido amniotico	11,00
Alfa 1 glicoproteina acida	8,00
Alfa 1 microglobulina	12,00
Alfa 2 macroglobulina	11,00
Alfa 3 androstanediolo	13,00
Amilasi isoenzimi ematica (frazione pancreatica)	7,00
Amilasi isoenzimi urinaria (frazione pancreatica)	7,00

Prestazione	€
Amilasi sierica	5,00
Amilasi urinaria	5,00
Ammonio plasmatici	10,00
Angiotensin converting enzyme (ACE)	13,00
Angiotensina 1	13,00
Antibiogramma per micobatteri (almeno 3 antibiotici)	14,00
Antibiogramma (almeno 10 antibiotici con MIC)	14,00
Antibiogramma (almeno 10 antibiotici)	6,00
Anticorpi anti Adenovirus	14,00
Anticorpi anti aentoameba	23,00
Anticorpi anti ASCA (Anti - Saccharomyces - Cerevisiae) (Per ogni tipo)	24,00
Anticorpi anti bordetella pertussis (Per ogni tipo)	14,00
Anticorpi anti borrelia burgdoferi	16,00
Anticorpi anti candida (Per ogni tipo)	32,00
Anticorpi anti cardiolipina (Per ogni tipo)	14,00
Anticorpi anti cellule apicali dello stomaco (APCA)	12,00
Anticorpi anti centromero (ACA)	12,00
Anticorpi anti citomegalovirus (Per ogni tipo)	14,00
Anticorpi anti clamydia (Per ogni tipo)	12,00
Anticorpi anti colon	14,00
Anticorpi anti coxackie (B1+B2+B3+B4+B5+B6)	59,00
Anticorpi anti coxackie (B1, B2, B3, B4, 039 B5, B6) – ciascuno	12,00
Anticorpi anti dotti salivari	23,00
Anticorpi anti echinococco (Echinotest)	12,00
Anticorpi anti echo virus	12,00
Anticorpi anti echo virus neurotropi Ig totali	26,00
Anticorpi anti endomisio (IgA,IgM per ciascuno)	23,00
Anticorpi anti Endotelio	32,00
Anticorpi anti Epstein Barr virus (Per ogni tipo)	14,00
Anticorpi anti Epstein Barr virus antigene capsidico (VCA) (Per ogni tipo)	24,00

Prestazione	€
Anticorpi anti Epstein Barr virus antigene early (EA)	17,00
Anticorpi anti Epstein Barr virus antigene nucleare (EBNA)	17,00
Anticorpi anti eritrocitari attivi a freddo (crioagglutine)	12,00
Anticorpi anti fattore intrinseco	12,00
Anticorpi anti febbre Q (per ogni anticorpo)	32,00
Anticorpi anti GAD	60,00
Anticorpi anti giardia lamblia	12,00
Anticorpi anti gliadina (Per ogni tipo)	14,00
Anticorpi anti gor (epitopo core dell'HCV)	23,00
Anticorpi anti HAV (Per ogni tipo)	26,00
Anticorpi anti HbcAg (Per ogni tipo)	13,00
Anticorpi anti HbeAg	13,00
Anticorpi anti HBs con titolazione	17,00
Anticorpi anti HbsAg	14,00
Anticorpi anti HCV (Per ogni tipo)	22,00
Anticorpi anti helicobacter pylori (Per ogni tipo)	18,00
Anticorpi anti herpes simplex virus 1 (Per ogni tipo)	13,00
Anticorpi anti herpes simplex virus 1 e 2 (Per ogni tipo)	22,00
Anticorpi anti herpes simplex virus 2 (Per ogni tipo)	16,00
Anticorpi anti HIV I e II	32,00
Anticorpi anti HTLV I e II	37,00
Anticorpi anti IA2	54,00
Anticorpi anti influenza	12,00
Anticorpi anti insula pancreatica	22,00
Anticorpi anti insulina (AIAA)	17,00
Anticorpi anti istoni	18,00
Anticorpi anti legionelle (IgA,IgM per ciascuno)	26,00
Anticorpi anti leishmaniosi	14,00
Anticorpi anti leptospira	14,00
Anticorpi anti leucocitari (ricerca ed eventuale titolo)	28,00

Prestazione	€
Anticorpi anti listeria (4 anticorpi)	20,00
Anticorpi anti listeria (4 anticorpi) – ciascuno	12,00
Anticorpi anti membrana	20,00
Anticorpi anti micoplasma (Per ogni tipo)	10,00
Anticorpi anti microsoma epatico renale (LKM)	18,00
Anticorpi anti microsomiali (AbTMS)	18,00
Anticorpi anti mitocondri	12,00
Anticorpi anti morbillo (Per ogni tipo)	12,00
Anticorpi anti muscolo liscio	12,00
Anticorpi anti muscolo striato (cuore)	12,00
Anticorpi anti nDNA	16,00
Anticorpi anti nucleo	13,00
Anticorpi anti nucleo estraibili (anti Ena – 6 anticorpi)	58,00
Anticorpi anti ovaio	22,00
Anticorpi anti pancreas	12,00
Anticorpi anti parotite (Per ogni tipo)	14,00
Anticorpi anti parotite Ig totali	12,00
Anticorpi anti perossidasi (AbTPO)	18,00
Anticorpi anti parvovirus	17,00
Anticorpi anti piastrine (ricerca ed eventuale titolo)	34,00
Anticorpi anti plasmodi (anti malaria)	18,00
Anticorpi anti pneumococco	30,00
Anticorpi anti polisaccaride C streptococco B emol. Gr A	12,00
Anticorpi anti proteina mielinica	50,00
Anticorpi anti recettore del TSH (Tr Ab)	22,00
Anticorpi anti recettore per acetilcolina	32,00
Anticorpi anti rickettsie	16,00
Anticorpi anti RNA	13,00
Anticorpi anti rosolia (Per ogni tipo)	12,00
Anticorpi anti schistosoma	12,00

Prestazione	€
Anticorpi anti spermatozoi: plasma seminale	26,00
Anticorpi anti spermatozoi: sangue periferico	26,00
Anticorpi anti streptokinasi	13,00
Anticorpi anti surrene	22,00
Anticorpi anti testicolo	18,00
Anticorpi anti tetano	30,00
Anticorpi anti tireoglobulina (Abtg)	12,00
Anticorpi anti toxoplasma (Per ogni tipo)	12,00
Anticorpi anti transglutaminasi	20,00
Anticorpi anti treponema pallido (Per ogni tipo)	12,00
Anticorpi anti tripanosoma Cruzi	12,00
Anticorpi anti varicella zoster virus (Per ogni tipo)	12,00
Anticorpi anti virus respiratorio sinciziale	12,00
Anticorpi anticitrullina	22,00
Anticorpi antifosfolipidi	44,00
Anticorpi antifosfolipidici (ricerca)	48,00
Anticorpi anti-neutrofili citoplasmatici	29,00
Anticorpi IgG/IgM specifici (qualunque batterio)	22,00
Anticorpi IgG/IgM specifici (qualunque virus)	22,00
Antigene carboidratico 125 (Ca 125 - antigene tumori ovarici)	12,00
Antigene carboidratico 15-3 (Ca 15-3 – antigene tumori mammari)	12,00
Antigene carboidratico 195 (Ca 195 – antigene tumori mammari)	12,00
Antigene carboidratico 19-9 (Ca 19-9 - GICA - antigene tumori gastrointestinali)	12,00
Antigene carboidratico 50 (Ca 50)	12,00
Antigene carboidratico 549	23,00
Antigene carboidratico Tag 72-4 (antigene tumori polmonare e gastrico)	17,00
Antigene carcinoembrionario (CEA)	13,00
Antigene e virus epatite B (HbeAG)	13,00
Antigene HLA B27	23,00
Antigene P24 dell'HIV	29,00

Prestazione	€
Antigene polipeptidico tissutale (TPA) (specifico TPS)	13,00
Antigene prostatico specifico (PSA)	18,00
Antigene prostatico specifico Free (Free PSA)	22,00
Antigene s virus epatite B (HBsAG) (antigene Australia)	13,00
Antigene TA 4 (SCC)	12,00
Antigene tumorale vescicale (BTA)	22,00
Antigene Von Willebrand	13,00
Antitrombina III qualitativa	23,00
Antitrombina III	11,00
Apolipoproteina A	7,00
Apolipoproteina B	7,00
Aptoglobina	10,00
Attività reninica attiva	23,00
Attività reninica plasmatici	11,00
Azotemia	4,00
Bacillo di Koch: ricerca microscopica ed esame colturale	12,00
Beta 2 microglobulina nelle urine delle 24 ore	13,00
Beta 2 microglobulina plasmatici	13,00
Bicarbonati	7,00
Bilirubina nel liquido amniotico (curva spettrofotometrica)	5,00
Bilirubinemia totale e frazionata	6,00
Bilirubinemia totale	4,00
Brain Natriuretic Peptide (BNP)	43,00
Calcemia	4,00
Calcio intraeritrocitario	5,00
Calcio ionizzato	5,00
Calcio nelle urine delle 24 ore	5,00
Calcitonina	13,00
Calcolo renale (analisi chimica)	32,00
Calprotectina fecale	22,00

Prestazione	€
Catecolamine totali urinarie	14,00
Catene leggere (Kappa, Lambda) per ogni tipo	30,00
Cellule L.E. (ricerca nel sangue periferico)	5,00
Ceruloplasmina	14,00
CH50	14,00
Citologia urinaria	13,00
Citotossicità spontanea T e K – ciascuno	37,00
Citrato Urinario nelle 24 ore	10,00
Clamydia (ricerca DNA)	54,00
Clamydia (ricerca ed identificazione)	14,00
Cloremia	4,00
Cloro nelle urine	4,00
Cobalto	19,00
Colesterolo (Per ogni tipo)	6,00
Colinesterasi (pseudo CHE)	6,00
Coltura linfocitaria	54,00
Complemento C3 proattivatore	7,00
Complemento frazione C 1 inibitore	7,00
Complemento frazione C1 Q	12,00
Complemento frazione C3	7,00
Complemento frazione C4	7,00
Conta batterica in materiali biologici (conta colonie)	4,00
Conta di Addis	5,00
Conteggio dei reticolociti	4,00
Conteggio delle piastrine	5,00
Cortisolo (Per ogni tipo)	13,00
Creatinfosfochinasi Isoenzimi	41,00
Creatinfosfochinasi (CPK)	7,00
Creatinfosfochinasi-MB (CPK-MB)	7,00
Creatinfosfochinasi-MB Massa	20,00

Prestazione	€
Creatininemia (Per ogni tipo)	4,00
Creatinuria	4,00
Crioagglutinine (dosaggio)	4,00
Crioglobuline (ricerca)	4,00
Cromo sierico	13,00
Cromogranina A	44,00
Telopeptide (Per ogni tipo)	30,00
Curva delle Gonadotropine (FSH+LH) dopo somministrazione di GNRH	67,00
Curva glicemica da carico (5 dosaggi – sostanza compresa)	10,00
Curva insulinemica da carico (5 dosaggi – sostanza compresa)	28,00
CYFRA 21/1	28,00
D-Dimero	24,00
Deidroepiandrosterone (DEA)	14,00
Deidroepiandrosterone solfato (DEAS)	13,00
Delta 4 androstenedione sierico (D4)	13,00
Desossipiridonilinio urinario	37,00
Diidrotestosterone (DHT)	16,00
Dopamina (Per ogni tipo)	20,00
Dosaggio di farmaci nel sangue per monitoraggio (per ogni determinazione)	12,00
Elastasi	17,00
Elettroforesi della emoglobina (comprese eventuali anomalie)	18,00
Elettroforesi delle lipoproteine (lipidogramma)	6,00
Elettroforesi delle proteine urinarie (compreso dosaggio proteine tot.)	10,00
Elettroforesi delle sieroproteine (protidogramma)	8,00
Emoagglutinazione treponema pallidum (TPHA)	13,00
Emocoltura	14,00
Emoglobina (Hb)	5,00
Emoglobina A2 (emoglobina patologica)	12,00
Emoglobina glicosilata HbA 1C	11,00
Emoglobine alcali resistente	6,00

Prestazione	€
Emoglobine fetali (dosaggio)	12,00
Enolasi neurone specifica (NSE)	14,00
Eparina	11,00
Eritropoietina	30,00
Esame batteriologico liquido prostatico (ricerca su vetrino)	6,00
Esame batterioscopico (ricerca su vetrino)	6,00
Esame batterioscopico tampone (ricerca su vetrino)	6,00
Esame colturale materiale biologico	12,00
Esame colturale materiale biologico + antibiogramma	22,00
Esame colturale micoplasmi	37,00
Esame completo del liquido seminale con indice di capacitazione	54,00
Esame emocromocitometrico completo con formula	11,00
Esame feci: chimico, fisico e parassitologico	7,00
Esame HE4 (Uman Epididymis Protein 4)	66,00
Esame immunoistochimico su preparato biologico - massimo 3 per anno (01/01 - 31/12)	59,00
Esame liquido cefalorachidiano	7,00
Esame liquido seminale completo per studio fertilità	30,00
Esame liquido seminale con indice di fertilità (spermiogramma)	24,00
Esame liquido sinoviale	10,00
Esame microscopico dei peli e squame cutanee per micosi	7,00
Esame microscopico diretto su cellofan adesivo per ossiuri	7,00
Esame microscopico flora microbica (eventuale arricchimento)	5,00
Esame PHI (indice di salute prostatica)	108,00
Esame urine chimico, fisico e microscopico completo	7,00
Estradiolo (E2 o 17 Beta)	19,00
Estriolo plasmatico	19,00
Estriolo urinario	19,00
Faber Test o Alex Test (Ricerca IgE specifiche) qualunque numero	135,00
Fattore reumatoide (reuma test)	7,00
Fattori della coagulazione (F, II, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (ciascuno)	17,00

Prestazione	€
Fenomeno L.E.	5,00
Fenotipo RH (compreso Du)	12,00
Ferritina	13,00
Ferro urinario	20,00
Fibrinogeno	4,00
Fibrinopeptide A	20,00
Filtrato glomerulare	13,00
Fluoro	20,00
Fosfatasi acida prostatica compresa la totale	7,00
Fosfatasi acida prostatica RIA (PAP)	13,00
Fosfatasi acida prostatica	6,00
Fosfatasi acida	5,00
Fosfatasi alcalina isoenzimi	22,00
Fosfatasi alcalina	5,00
Fosfati clearance	4,00
Fosfaturia	4,00
Fosfoesoso isomerasi (PHI)	10,00
Fosfolipasi A	11,00
Fosfolipidemia	5,00
Fosfolipidi nel liquido amniotico (fosfoatidilglicerolo)	8,00
Fosforemia	4,00
Fruttosamina (proteine glicate)	6,00
Fruttosio su liquido spermatico	20,00
Gamma glutamil transpeptidasi (gamma GT)	6,00
Gamma glutamil transpeptidasi isoenzimi	14,00
Gamma glutamil transpeptidasi urinaria	5,00
Gastrina	11,00
Giardia Lamblia Ricerca nelle Feci	26,00
Glicemia o glicosuria frazionata nelle 24 ore a campione	4,00
Glicemia	4,00

Prestazione	€
Glicerofosforilcolina	14,00
Globulina legante gli ormoni sessuali (sex hormon binding globulin - SHBG)	12,00
Globulina legante la tiroxina (TBG)	12,00
Glucagone	12,00
Glucosio 6 fosfato deidrogenasi (G6PDH)	8,00
Glucosio nel liquido amniotico	4,00
Glutatione reduttasi	12,00
Gonadotropina corionica (HCG) (Per ogni tipo)	19,00
Gonadotropina corionica: subunità beta - frazione libera IRMA	26,00
Gonadotropina corionica: subunità beta plasmatici (BHCG plasmatica)	19,00
Gruppo sanguigno AB0 e fattore Rh (con 2 anticorpi)	11,00
Helicobacter pylori (ricerca diretta su materiale bioptico)	11,00
Helicobacter pylori ricerca nelle feci	35,00
Idrossiprolinuria II minzione	16,00
Idrossiprolinuria	18,00
Immunoanticorpi anti eritrocitari (identificazione)	23,00
Immunocomplessi circolanti	18,00
Immunocomplessi HbsAG/HBsAb – IgM	17,00
Immunofissazione sierica	44,00
Immunoelettroforesi delle urine	49,00
Immunoglobuline A,D,G,M (per singola determinazione)	7,00
Immunoglobuline E totali	13,00
Immunoglobuline E specifiche. Rimborsabile solo previa identificazione dell'allergene con test cutaneo o dichiarazione anamnestica da parte dell'immunologo/allergologo/dermatologo e specialista di medicina interna. Il numero massimo concedibile di allergeni da ricercare è di 10 e solo essi sono ripetibili per eventuale controllo dell'effetto della terapia iposensibilizzante una volta all'anno (01/01 - 31/12) per massimo 4 anni	22,00
Immunoglobuline G sottoclasse 2 e 3 ciascuna	34,00
Immunoglobuline G specifiche allergologiche	20,00
Immunoglobuline superficie linfocitarie	20,00
Inibina B	82,00
Insulina (dosaggio)	13,00

Prestazione	€
Interferone	17,00
Interleuchina 2	26,00
Lamotrigina	12,00
Lattico deidrogenasi (LDH)	5,00
Lattico deidrogenasi isoenzimi	24,00
Lattico deidrogenasi nel liquido cefalorachidiano	6,00
Lattosio	6,00
Lecitina e sfingomielina nel liquido amniotico	32,00
Leucinaminopeptidasi (LAP)	8,00
Linfociti B con Ig di membrana (OKB7)	17,00
Linfociti natural killer (NK)	17,00
Linfociti T attivati (LTA)	20,00
Linfociti T helper (OKT4)	20,00
Linfociti T periferici (OKT3)	19,00
Linfociti T rosettanti (OKT11)	20,00
Linfociti T suppressor (OKT8)	20,00
Lipasi	11,00
Lipoproteina	10,00
Litiemia	11,00
Lupus anti coagulant (LAC)	12,00
Macroglobulina di Waldestrom	10,00
Magnesemia	5,00
Magnesio ionizzato plasmatico	5,00
Magnesuria	6,00
Metaemoglobina	25,00
Metanefrine	22,00
Microalbuminuria	16,00
Microglobulina beta 2	26,00
Mioglobina (dosaggio)	12,00
Mononucleosi (mono test)	7,00

Prestazione	€
Mucoprotidemia	7,00
Noradrenalina plasmatica	20,00
Noradrenalina urinaria	14,00
Numero di dibucaina	10,00
Omocisteina	23,00
Ormone adrenocorticotropo (ACTH)	12,00
Ormone antimulleriano	54,00
Ormone follicolo stimolante (FSH)	12,00
Ormone lattogeno placentare o somatomammotropina (HPL)	12,00
Ormone luteinizzante biologico (LH biologico)	43,00
Ormone luteinizzante plasmatico (LH)	13,00
Ormone somatotropo plasmatico o urinario (STH)	13,00
Ormone tireotropo (TSH)	14,00
Osmolalità/osmolarità plasmatica	12,00
Osmolalità/osmolarità urinaria	12,00
Osteocalcina	18,00
Oxcarbazepina	19,00
Parassita malarico o altri parassiti nel sangue	5,00
Paratormone C terminale (PTH)	13,00
Paratormone intatto	23,00
PCA3 (Prostate Cancer Gene) solo su prescrizione di specialista (urologo, oncologo o chirurgo operante presso struttura pubblica)	270,00
Peptide C (dopo carico di glucosio - 4 dosaggi)	29,00
Peptide C	13,00
Ph ematico	14,00
Phadiatop	14,00
Piruvatokinasi eritrocitaria	14,00
Ploidia del DNA	102,00
Potassiemia	5,00
Potassio eritrocitario	6,00
Potassiuria	4,00

Prestazione	€
Prodotti degradazione fibrinogeno: plasma/urine (FDP plasmatici urinari)	12,00
Progesterone	13,00
Prolattina (PRL)	13,00
Proteina Bence Jones	5,00
Proteina C coagulativa	17,00
Proteina C Reattiva Resistenza	23,00
Proteina C reattiva	7,00
Proteina S	14,00
Proteine totali nel liquido amniotico	5,00
Proteine urinarie	5,00
Proteinemia totale	5,00
Prova crociata di compatibilità trasfusionale	10,00
Prove emogeniche (coagulazione ed emorragia)	5,00
Quantiferon TB Gold	18,00
Rame (cupremia)	7,00
Reazione di Wasserman più due reazioni di flocculazione	8,00
Reazione di Wasserman	8,00
Reazione immunologica di gravidanza	5,00
Resistenze globulari	10,00
Ricerca Miceti su vetrino	7,00
Rotavirus nelle feci (ricerca diretta)	7,00
Sangue occulto nelle feci	5,00
Serotonina urinaria	11,00
Sideremia	5,00
Sierodiagnosi	6,00
Sodiemia	4,00
Sodio eritrocitario	6,00
Sodio urinario	4,00
Somatomedina C	12,00
Somatomedina IGFBP1	20,00

Prestazione	€
Somatomedina IGFBP3	20,00
Sorbitolo deidrogenasi	5,00
Streptococco M test	11,00
Streptozyme	8,00
Tampone vaginale	12,00
Tempo di protrombina (PT)	6,00
Tempo di protrombina INR	12,00
Tempo di protrombina residua	12,00
Tempo di reptilase	8,00
Tempo di tromboplastina parziale (PTT)	5,00
Test citotossico per additivi	41,00
Test citotossico per alimenti	101,00
Test combinato GnRH e TRH per FSH LH e Prolattina	106,00
Test di adesività piastrinica	16,00
Test di aggregazione piastrinica con aggregometro	11,00
Test di aggregazione piastrinica	7,00
Test di autoemolisi	7,00
Test di conferma per infezioni virali HCV (Western-Blot)	88,00
Test di Coombs Moreschi diretto	5,00
Test di Coombs Moreschi indiretto	8,00
Test di frammentazione del DNA spermatico	97,00
Test di inibizione fattore reumatoide e/o C1q al lattice	5,00
Test di Nordin	23,00
Test di stimolazione linfocitaria (fitoemoagglu. blastogenesi)	50,00
Test di stimolazione linfocitaria con antigeni specifici	50,00
Test ISAAC	108,00
Test per ricerca di intolleranze alimentari, dosaggio delle IGG (batteria completa) esame non ripetibile	130,00
Test per ricerca HPV (papilloma virus nel materiale biologico)	50,00
Testosterone libero	14,00
Testosterone totale plasmatico	13,00

Prestazione	€
Testosterone urinario	13,00
Tipizzazione antigeni AB0/D	6,00
Tipizzazione crioglobuline	32,00
Tipizzazione HLA B27	100,00
Tipizzazione linfocitaria	54,00
Tipizzazione tissutale antigeni HLA (batteria completa, qualunque numero di loci) esame non ripetibile con presentazione di referto istologico	200,00
Tireoglobulina	13,00
Tiroxina (T4)	12,00
Tiroxina libera (FT4 oT4 libero)	14,00
Titolo anti o streptolisinico (TAS)	6,00
Titolo anti streptojaluronidasico	10,00
Titolo antistafilolisinico	5,00
Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT o AST)	6,00
Transaminasi glutammico piruvica (GPT o ALT)	6,00
Transferrina (carboidrato carente)	29,00
Transferrina	7,00
Trichomonas : ricerca antigene	22,00
Trichomonas: ricerca microscopica	5,00
Trigliceridi	6,00
Triiodotironina libera (FT3 o T3 libero)	14,00
Triiodotironina totale (T3)	12,00
Tripsina sangue/urine	11,00
Triptasi	18,00
Trombina coagulasi	5,00
Troponina T	23,00
Urati clearance	5,00
Urea clearance	5,00
Uricemia	4,00
Uricosuria	6,00
VDRL	10,00

Prestazione	€
Velocità di sedimentazione delle emazie (VES)	4,00
Vibrione colerico nelle feci (ricerca diretta)	7,00
Virus respiratorio sinciziale (ricerca diretta)	18,00
Viscosità ematica	14,00
Vitamine (Dosaggio per singola determinazione)	16,00
Zinco	13,00
Zonulina	17,00
Biologia Molecolare	**€**
CMV (citomegalovirus)	76,00
EBV (Epstein Barr virus)	76,00
HBV DNA Polimerasi	43,00
HBV DNA QUALITATIVO	81,00
HBV DNA QUANTITATIVO	114,00
HCV (epatite C) Genotipo	162,00
HCV (epatite C) qualitativo	56,00
HCV (epatite C) quantitativo	105,00
Helicobacter Pilori Amplificazione Genica	51,00
HIV (test di conferma)	90,00
hiv rna quantitativo	114,00
HPV - B19 Genotipo	104,00
HPV - B19 (parvo virus)	72,00
Pneumocistis carini	92,00
Ricerca batteri con metodica PCR (Polimerasi Chain Reaction)	68,00
Oncologia Molecolare	**€**
BRAF	180,00
Caratterizzazione genetica della responsività a terapie oncologiche	600,00
Caratterizzazione molecolare della responsività a terapie oncologiche	400,00
CISH: solo su prescrizione di specialista oncologo o chirurgo operante presso struttura pubblica	162,00
EGFR	180,00
FISH: (Fluorescent In Situ Hybridization) - solo su prescrizione di specialista oncologo o chirurgo operante presso struttura pubblica	270,00

Prestazione	€
KRAS	180,00
Papp-A	22,00
Ricerca di una specifica mutazione su tessuto	86,00
Genetica e Genetica Molecolare	**€**
Le prestazioni di seguito elencate sono rimborsabili fino a un massimo di 3 nell'arco di tutta la vita associativa	
Analisi del gene del fattore VIII per l'emofilia A §	618,00
Analisi di mutazione del collagene di tipo 11 §	113,00
Analisi di mutazione del gene VDR della Vitamina D §	113,00
Analisi genetica per Fibrosi cistica § @	90,00
Cariotipo su sangue periferico (Mappa cromosomica) §	120,00
Cromatina Sessuale	16,00
Fattore di crescita placentare (PLGF)	18,00
FISH con altre sonde §	80,00
FISH su liquido seminale §	181,00
Genotipizzazione del locus ApoE dell'Alzheimer §	131,00
HPV (materiale biologico) mRNA (tipi 16-18-31-35-51) compreso prelievo §	95,00
Microdelezioni del cromosoma Y(AZF) § @	105,00
Polimorfismo 5T introne 8 gene CFTR §	105,00
Preparazione sperma per frammentazione DNA e frammentazione DNA spermatozoi §	100,00
Recettore Androgenico AR §	87,00
Ricerca del pannello di mutazioni per Trombofilia/Ipertensione §	279,00
Ricerca di altre mutazioni genetiche (pannello completo) §	150,00
Ricerca delle mutazioni del gene per: Acondroplasia, Anemia Falciforme, Aneuploidie Molecolari, Atassie Spinocerebellari, Atassia di Friedreich, Atassia Telangectasia, Distonia Primaria, Distrofia Miotonica, Distrofia Muscolare, Emocromatosi, Huntington, MCDA Deficit, Sordità congenita, SBMA, MLPA, X Fragile§ (@)	113,00
Ricerca delle mutazioni del gene per: alfa1antitripsina, Atrofia spinale Muscolare tipo 1 §	175,00
Ricerca delle mutazioni del gene per: Alzheimer familiare, Epidermolisi bullosa, Fenilchetonuria, Retinite pigmentosa §	279,00
Ricerca delle principali mutazioni geniche nelle Endocrinopatie congenite: 21idrossilasi, 5alfareduttasi, Aromatasi p450, Ipoplasia surrenale congenita, recettore androgenico, recettore estrogenico, Thyroid Hormone Receptor §	266,00

Prestazione	€
Ricerca di mutazioni di geni per malattie cardiovascolari:ACE, AGT, Fattore V di Leiden, JAK2, Fattore II Protrombina,MTHFR-C677T, MTHFR1298A/C, Ipercolesterolemia familiare, Iperlipoproteinemia familiare tipo III - § @	69,00
Ricerca di mutazioni di geni per Trombofilia §	192,00
Ricerca genetica per anomalie cromosomiche §	110,00
SRY (Sex determining Region Y) §	83,00
§ Le indagini contrassegnate dal segno di paragrafo § devono essere accompagnate da una prescrizione da parte dello specialista genetista in cui sia specificata la motivazione per cui l'esame è necessario e non sono ripetibili. Le indagini contrassegnate da @ possono essere prescritte anche da specialista in ginecologia, andrologia, cardiologia, ematologia e medicina interna. L'esecuzione delle stesse deve essere effettuata da laboratorio autorizzato all'esecuzione di tali indagini. È necessaria la presentazione di copia del referto di laboratorio.	
Anatomia ed Istologia Patologica	**€**
Duo pap	30,00
Esame citologico per diagnostica ormonale	22,00
Esame citologico per diagnostica tumorale	35,00
Esame istologico con inclusione	90,00
Esame istologico con inclusione: ogni Inclusione in più	25,00
Esame istologico estemporaneo max 3 inclusioni	195,00
Esame istologico estemporaneo ogni inclusione successiva (oltre il terzo)	50,00
Immuno fenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche (per ogni anticorpo)	27,00
Immuno fenotipo di popolazioni linfocitarie (linfoma)	117,00
Paptest (prelievo + esame citologico)	27,00
Recettori ormonali (per singola determinazione)	94,00
Stadiazione delle neoplasie maligne (compresa valutazione immunofenotipica)	130,00
ThinPrep (Esame citologico vaginale su strato sottile in fase liquida)	40,00
Prelievi	**€**
Prelievo arterioso domiciliare	38,00
Prelievo arterioso in ambulatorio	19,00
Prelievo venoso o capillare a domicilio	19,00

3. Diagnostica per immagini

Prestazione	€
Esami radiologici apparato cardiocircolatorio	€
Angio TC Aorta toracica e/o addominale	260,00
Angiografia e/o Arteriografia	300,00
Telecuore	38,00
Telecuore con esofago baritato	61,00
Esami radiologici apparato digerente	€
Clisma opaco	100,00
Clisma opaco a doppio contrasto	137,00
Colecistografia	51,00
Defecografia	95,00
RX addome: esame diretto	30,00
RX esofago con contrasto opaco	75,00
RX esofago: esame diretto	22,00
RX faringe: esame diretto	33,00
RX fegato, vie biliari, pancreas: esame diretto	30,00
RX ghiandole salivari: esame diretto	27,00
RX per studio selettivo dell'ultima ansa	56,00
RX piccolo intestino con doppio contrasto	94,00
RX stomaco doppio contrasto	79,00
RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo	165,00
RX tenue seriato	79,00
RX tubo digerente: completo compreso esofago (con contrasto)	99,00
RX tubo digerente: prime vie (esofago, stomaco, duodeno)	89,00
RX tubo digerente: seconde vie (tenue, colon)	56,00
Esami radiologici apparato genitale femminile	€
Isterosalpingografia	130,00
Esami radiologici apparato osteoarticolare e tessuti molli	€
RX A.T.M.	27,00

Prestazione	€
RX anca	36,00
RX arti inferiori sotto carico con bacino	44,00
RX arti inferiori sotto carico con bacino (2 proiezioni)	44,00
RX assiali rotule 30°/60°/90°	38,00
RX avambraccio	36,00
RX avampiede	36,00
RX bacino	30,00
RX caviglia	36,00
RX colonna vertebrale cervicale	38,00
RX colonna vertebrale cervicale (proiezioni oblique)	36,00
RX colonna vertebrale cervicale transorale	36,00
RX colonna vertebrale completa	71,00
RX colonna vertebrale completa più bacino sotto carico	95,00
RX colonna vertebrale dorsale	33,00
RX colonna vertebrale esame morfodinamico per tratto	38,00
RX colonna vertebrale lombo-sacrale	38,00
RX colonna vertebrale lombo-sacrale (proiezioni oblique)	36,00
RX colonna vertebrale sacro-coccigea	36,00
RX coscia	36,00
RX cranio	38,00
RX dinamiche Rachide Cervicale	42,00
RX dinamiche Rachide Lombare	42,00
RX dita avampiede	36,00
RX dita mano	36,00
RX emimandibola	19,00
RX femore	36,00
RX forami ottici	36,00
RX gamba	36,00
RX ginocchio	36,00
RX ginocchio appoggio monopodalico	38,00

Prestazione	€
RX gomito	36,00
RX mano	36,00
RX mastoide	36,00
RX omero	36,00
Rx ortopanoramica	44,00
RX ossa nasali	19,00
RX per localizzazione corpo estraneo tessuti molli	36,00
RX piede	36,00
RX piedi sotto carico	44,00
RX polso	36,00
RX retropiede	36,00
RX rocche petrose	36,00
RX scapola	36,00
RX seni paranasali	36,00
RX spalla	36,00
RX spalle sotto carico	39,00
RX sterno	36,00
RX sterno coste clavicola	83,00
RX tessuti molli	36,00
RX torace e arto superiore (toracobrachiale) monolaterale	36,00
Spinal Mouse “Valutazione computerizzata della colonna”	36,00
Esami radiologici apparato respiratorio	€
RX cavità nasali	33,00
RX laringe	33,00
RX laringe (con contrasto)	56,00
RX trachea	25,00
Esami radiologici apparato urinario	€
Cistografia	94,00
Cistografia doppio contrasto	107,00
Cistoureterografia minzionale	98,00

Prestazione	€
RX apparato urinario: esame diretto	38,00
RX regione vescicale: esame diretto	33,00
Urografia	137,00
Urografia con stratigrafia e diretta reni	157,00
Esami radiologici apparato visivo	€
RX orbita: esame diretto	35,00
RX per localizzazione corpo estraneo endorbitario	83,00
Esami radiologici mammella	€
Mammografia bilaterale	104,00
Mammotome (comprensivo di esame istologico)	200,00
Tomosintesi mammaria bilaterale	150,00
VABB (comprensivo di esame istologico)	1000,00
Esami radiologici sistema nervoso	€
RX sella turcica: esame diretto	33,00
Esami radiologici torace e mediastino	€
RX torace	50,00
Esami radiologici varie	€
RX ogni radiogramma in più	9,00
Stratigrafia o Tomografia apparato digerente	€
Stratigrafia faringe	42,00
Stratigrafia fegato, vie biliari, pancreas (con o senza contrasto)	58,00
Stratigrafia ghiandole salivari (con o senza contrasto)	42,00
Studio dinamico della deglutizione	200,00
Stratigrafia o Tomografia apparato osteoarticolare e tessuti molli	€
Stratigrafia A.T.M. a bocca aperta e chiusa monolaterale	53,00
Stratigrafia A.T.M. a bocca aperta e chiusa bilaterale	75,00
Stratigrafia A.T.M. pluridirezionale	49,00
Stratigrafia arti o articolazioni	47,00
Stratigrafia colonna vertebrale	42,00
Stratigrafia mastoide – rocca petrosa bilaterale	89,00

Prestazione	€
Stratigrafia mirata del cranio	47,00
Stratigrafia mirata del cranio pluridirezionale	53,00
Stratigrafia scheletro toracico	42,00
Stratigrafia seni paranasali	45,00
Stratigrafia o Tomografia apparato respiratorio	€
Stratigrafia cavità nasali	44,00
Stratigrafia cavità nasali pluridirezionale	47,00
Stratigrafia laringe a riposo e con fonazione	67,00
Stratigrafia laringe pluridirezionale	67,00
Stratigrafia trachea	44,00
Stratigrafia o Tomografia apparato urinario	€
Stratigrafia regione vescicale	40,00
Stratigrafia regioni renali	42,00
Stratigrafia o Tomografia apparato visivo	€
Stratigrafia orbita	64,00
Stratigrafia orbita pluridirezionale	64,00
Stratigrafia o Tomografia sistema nervoso	€
Stratigrafia sella turcica	44,00
Stratigrafia sella turcica pluridirezionale	62,00
Stratigrafia o Tomografia torace e mediastino	€
Stratigrafia mediastino	71,00
Stratigrafia torace bilaterale	79,00
Stratigrafia torace monolaterale	58,00
Ecografia – Doppler – Ecodoppler – Colordoppler	€
Agoaspirato mammario ecoguidato	110,00
Biopsia ecoguidata (escluso esame citoistologico)	95,00
Core Biopsy (compresa ecografia)	200,00
Ecocardiogramma	70,00
Ecocolordoppler per ogni organo o apparato	90,00
Ecocolordoppler per ogni organo o apparato successivo nella stessa seduta	40,00

Prestazione	€
Ecocolordoppler tronchi sovraortici	80,00
Ecoendoscopia diagnostica (*)	300,00
Ecoendoscopia operativa (*)	500,00
Ecografia addome completo	98,00
Ecografia addome inferiore	66,00
Ecografia addome superiore	66,00
Ecografia di organo o apparato	80,00
Ecografia di organo o apparato successivo nella stessa seduta	40,00
Ecografia endovasale	190,00
Ecografia mammaria	90,00
Ecografia peniena dinamica (farmacologica)	79,00
Ecografia peniena	46,00
Ecografia prostatica sovrapubica	55,00
Ecografia transrettale	120,00
Ecografia transesofagea	79,00
Ecografia transvaginale	90,00
Fibroscan	114,00
Flussimetria + ecografia	100,00
Isteroecosalpingografia	237,00
Isterosonografia	90,00
Monitoraggio follicolare (1 ciclo) comprensivo di esame ecografico	150,00
Screening per displasia delle anche	35,00
Tempo svuotamento gastrico ecografico	63,00
Tecnica 3D in corso di ecografia	30,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Densitometria mineralometria ossea (MOC)	€
Densitometria Ortopedica periprotesica	120,00
Densitometria ossea (MOC) total body	123,00
Densitometria ossea (MOC) vertebrale o femorale	70,00
Densitometria ossea (MOC) vertebrale e femorale	100,00

Prestazione	**€**
Tomografia computerizzata (TAC)	€
Angio TC per ogni organo o apparato	150,00
Angio TC per ogni organo o apparato in più stessa seduta	70,00
Biopsia TAC guidata escluso esame citoistologico	117,00
contrasto per tomografia assiale	36,00
Coronaro TC	442,00
Dentalscan 1 Arcata	163,00
Dentalscan 2 Arcate	233,00
Porto TC	225,00
Scialo TC	130,00
TC - RM	350,00
Tc a fascio conico 3D (1 Arcata)	172,00
Tc a fascio conico 3D (2 Arcate)	246,00
TC A.T.M. 3 D bilaterale	130,00
TC A.T.M. monolaterale	95,00
TC addome completo	235,00
TC addome inferiore	143,00
TC addome superiore	143,00
Tc Calcium Score	214,00
TC cardiaca completa	542,00
TC colonna due metameri	142,00
TC colonna: ogni metamero o s.i. aggiuntivo	31,00
TC cuore	130,00
TC grandi articolazioni (artro-TC) (anca e spalla)	200,00
TC per endoscopie virtuali	284,00
Tc per fusione	128,00
TC per ogni organo o distretto o apparato	150,00
TC per ogni organo, distretto o apparato in più stessa seduta	70,00
TC piccole - medie articolazioni / arti (Artro-TC)	150,00
TC torace	143,00

Prestazione	€
TC Total Body	315,00
Risonanza Magnetica	€
Angio RM (1 distretto) (1 sequenza)	235,00
Cine RM cuore	377,00
Colangio-Rm	450,00
contrasto paramagnetico	42,00
RM piccole e medie articolazioni / arti (artro-RM)	150,00
Rm A.T.M.	255,00
RM arto o articolazione aggiuntiva stessa seduta	76,00
RM cuore	235,00
RM distretto vascolare	235,00
RM grandi articolazioni (artro-RM) (anca-spalla)	230,00
RM multiparametrica della Prostata	500,00
RM per ogni organo, apparato o distretto	200,00
RM per ogni organo, apparato o distretto in più stessa seduta	85,00
RM Rachide in toto	240,00
RM Rachide per ogni segmento aggiuntivo stessa seduta	76,00
RM Rachide per segmento (Cervicale,dorsale, lombare,sacro coccigeo lombo-sacrale)	133,00
RM Total Body	500,00
Spettroscopia in MRI	142,00
Studio perfusionale	99,00
Trattografia MNR	171,00
Medicina Nucleare apparato cardiocircolatorio	€
Angiocardioscintigrafia all' equilibrio con calcolo parametri funzionali	93,00
Angiocardioscintigrafia all' equilibrio con test	302,00
Angiocardioscintigrafia primo transito con calcolo parametri funzionali	93,00
Angiocardioscintigrafia primo transito con test	255,00
Assistenza cardiologica a parte	46,00
Scintigrafia miocardica con indicatori di lesione	160,00
Scintigrafia miocardica di perfusione a riposo	180,00

Prestazione	€
Scintigrafia miocardica di perfusione a riposo con test	330,00
Scintigrafia miocardica di perfusione dopo test	186,00
Tomoscintigrafia (SPET) del pool ematico cardiaco	302,00
Tomoscintigrafia (SPET) miocardica	233,00
Tomoscintigrafia (SPET) miocardica di perfusione a riposo e dopo test	400,00
Medicina Nucleare apparato digerente	**€**
Scintigrafia epatica	152,00
Scintigrafia epatica o epatobiliare con calcolo indici funzionali	196,00
Scintigrafia ghiandole salivari	52,00
Scintigrafia sequenziale del transito e/o reflusso	187,00
Scintigrafia sequenziale epatobiliare	98,00
Scintigrafia sequenziale ghiandole salivari con indici funzionali	103,00
Medicina Nucleare apparato ematopoietico	**€**
Cinetica leucocitaria con misure sulle sedi di cateresi	238,00
Cinetica piastrinica con misure sulle sedi di cateresi	238,00
Determinazione del volume eritrocitario	80,00
Determinazione del volume plasmatico	45,00
Linfoscintigrafia (qualsiasi segmento)	165,00
Scintigarfia splenica con emazie autologhe	73,00
Scintigrafia totale corporea del midollo osseo	80,00
Studio completo ferrocinetica con misure sedi emopoiesi e emocratesi	289,00
Medicina Nucleare apparato osteoarticolare e tessuti molli	**€**
Scintigrafia articolare segmentaria per ogni segmento	46,00
Scintigrafia articolare totale corporea	147,00
Scintigrafia scheletrica per segmento	61,00
Scintigrafia scheletrica segmentaria aggiuntiva alla scheletrica totale corporea	24,00
Scintigrafia scheletrica segmentaria polifasica	133,00
Scintigrafia scheletrica totale corporea	142,00
Medicina Nucleare apparato respiratorio	**€**
Scintigrafia polmonare di perfusione	164,00

Prestazione	**€**
Scintigrafia polmonare di perfusione o ventilazione con indici funzionali	187,00
Scintigrafia polmonare di ventilazione	176,00
Medicina Nucleare apparato urinario	€
Scintigrafia renale	114,00
Scintigrafia sequenziale renale con calcolo indici di funzionalità	171,00
Medicina Nucleare sistema nervoso	€
Angioscintigrafia cerebrale con calcolo di indici emodinamici	130,00
Angioscintigrafia più scintigrafia cerebrale	192,00
Determinazione del flusso regionale quantitativo	264,00
Scintigrafia cerebrale	96,00
scintigrafia cerebrale con tracciante recettoriale (DATSCAN)	950,00
Scintigrafia sequenziale degli spazi liquorali	183,00
Tomoscintigrafia (SPET) cerebrale	279,00
Medicina Nucleare surreni	€
Scintigrafia delle ghiandole surrenali (corticale o midollare)	190,00
Medicina Nucleare tiroide	€
Scintigrafia con captazione tiroidea dello I 131	114,00
Scintigrafia delle paratiroidi con metodica di sottrazione	181,00
Scintigrafia tiroidea	100,00
Scintigrafia totale corporea per ricerca localizzazioni radioiodiocaptanti	237,00
Test di captazione tiroidea	28,00
Medicina Nucleare cellule autologhe marcate	€
Scintigrafia con uso leucociti marcati	700,00
Scintigrafia totale con tracciante recettoriale	1350,00
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate	700,00
Medicina Nucleare indicatori positivi	€
Scintigrafia con indicatori positivi (tiroide, polmone)	181,00
Scintigrafia con indicatori positivi altri organi	265,00
Scintigrafia un segmento con indicatori positivi e metodica polifasica	133,00

Prestazione	**€**
Medicina Nucleare traccianti immunologici	€
PET (Positron Emission Tomography) per organo, distretto o apparato	800,00
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere	475,00
Scintigrafia totale corporea	834,00
TAC-PET	800,00
Assistenza anestesiologica agli esami radiologici	€
Assistenza anestesiologica agli esami radiologici (per seduta) compresa eventuale sedazione	120,00

4. Diagnostica specialistica e strumentale

Prestazione	**€**
Diagnostica strumentale di allergologia	€
Intradermoreazioni (qualsiasi numero)	50,00
TC Encefalo	140,00
Test di provocazione bronchiale	89,00
Test di provocazione con alimenti ed additivi	89,00
Test di provocazione congiuntivale	89,00
Test di provocazione nasale	89,00
Test epicutanei (qualsiasi numero) -	100,00
Diagnostica strumentale angiologia	€
Capillaroscopia	19,00
Capillaroscopia con videoregistrazione	39,00
Determinazione transcutanea pressione parziale O2 (TCPO2) arti inferiori	58,00
Determinazione transcutanea pressione parziale O2 (TCPO2) arti inferiori e superiori	98,00
Determinazione transcutanea pressione parziale O2 (TCPO2) arti superiori	74,00
Reografia arti inferiori	19,00
Reografia arti superiori	19,00
Reografia arti superiori e inferiori	37,00
Sfigmogramma periferico per arto	19,00

Prestazione	**€**
Diagnostica strumentale cardiologia	€
Assistenza cardiologica intra-operatoria	279,00
Defibrillazione o cardioversione elettrica (escluso anestesista)	500,00
Ecocardiogramma transesofageo ColorDoppler	279,00
Ecocardiogramma transtoracico M-B e ColorDoppler	90,00
Eco-stress	150,00
Elettrocardiogramma basale	50,00
Elettrocardiogramma dinamico secondo Holter 24 ore	150,00
Elettrocardiogramma dinamico secondo Holter 48 ore	171,00
Elettrocardiogramma dinamico secondo Holter sette giorni	300,00
Elettrocardiogramma event recorder	300,00
Impianto di loop recorder sottocutaneo	800,00
Monitoraggio dinamico pressorio delle 24 ore	130,00
Pace-maker mono o bicamerale: impianto definitivo	2208,00
Pace-maker: controllo elettronico	108,00
Pace-maker: impianto temporaneo	699,00
Rianimazione cardiocircolatoria: massaggio cardiaco esterno	117,00
Studio elettrofisiologico trans-esofageo	225,00
Test ergometrico	150,00
Diagnostica strumentale dermatologia	€
Biopsia	78,00
Mappa nei	100,00
Microscopia di superficie in epiluminescenza digitale	85,00
Diagnostica strumentale endocrinologia	€
Agoaspirato ecoguidato tiroide (compreso esame istologico)	140,00
Diagnostica strumentale gastroenterologia	€
Agobiopsia epatica percutanea (*)	250,00
Anestesia/ sedazione per endoscopia	130,00
Anoscopia (*)	60,00
Biopsia in corso di endoscopia escluso esame citoistologico	52,00

Prestazione	€
Breath test	60,00
C.P.R.E. diagnostica (compreso esame e prestazione radiologica)	450,00
Colangiografia retrograda endoscopica (*)	250,00
Colonscopia diagnostica (*)	400,00
Esofagogastroduodenoscopia e test rapido per h. pylori (*)	350,00
Impedenzometria	28,00
Manometria ano rettale (*)	147,00
Manometria colon (*)	174,00
manometria esofagea (*)	100,00
ph impedenzometria esofagea (24 ore)	120,00
ph metria esofagea (24 ore)	100,00
Rettoscopia diagnostica + visita (compresa biopsia) (*)	142,00
Rettosigmoidoscopia diagnostica (con biopsia) (*)	266,00
Sondaggio duodenale (*)	79,00
Sondaggio gastrico (*)	44,00
Sondaggio gastrico frazionato con prove di stimolazione (*)	98,00
Test all'idrogeno respiratorio per malassorbimento od intolleranza al lattosio	70,00
Test idrogeno respiratorio per proliferazione batterica nel tenue	142,00
*Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Diagnostica strumentale neurologia	**€**
Biopsia muscolare	156,00
Cronassia	24,00
Elettroencefalogramma con analisi spettrale	90,00
Elettroencefalogramma con sonno farmacologico	98,00
Elettroencefalogramma dinamico 24 ore	117,00
Elettroencefalogramma standard o con sensibilizzazione	58,00
Elettromiografia arti superiori e inferiori	70,00
Elettromiografia arti superiori o inferiori	49,00
Elettroneurografia con velocità conduzione motoria e sensitiva (ad arto)	24,00
Polisonnografia	120,00

Prestazione	€
Potenziali evocati (a potenziale)	61,00
Potenziali evocati Baers	58,00
Potenziali evocati pes	58,00
Potenziali evocati pev	58,00
Potenziali evocati qualsiasi tipo come unica prestazione	70,00
Studio della velocità di conduzione motoria e sensitiva (per arto)	19,00
studio neurofisiologico (elettromiografia/elettroneurografia) arti superiori e inferiori	100,00
studio neurofisiologico (elettromiografia/elettroneurografia) arti superiori o inferiori	70,00
Studio neurofisiologico del pavimento pelvico	150,00
Studio reflessologico del tronco dell' encefalo	98,00
Test afasie (diagnostica delle afasie)	78,00
Test farmacologico per cefalea	50,00
Test farmacologico per miastenia	50,00
Diagnostica strumentale oculistica (effettuata da medico specialista oculista)	€
Analisi fibre nervo ottico (GDX, HRT) - ciascuno	95,00
Biometria	70,00
Campimetria	70,00
Cheratometria (come unico atto medico)	15,00
Curva tonometrica	57,00
Ecografia Oculare	50,00
Elettromiografia	58,00
Elettronistagmografia	58,00
Elettrooculogramma (EOG)	100,00
Elettrooculomotilogramma (EOMG)	58,00
Elettroretinogramma dinamico (ERG dinamico)	58,00
Elettroretinogramma standard (ERG standard)	100,00
Esame del senso cromatico (come unico atto medico)	19,00
Esame del senso luminoso (come unico atto medico)	19,00
Esame ortottico completo	39,00
Esercizi ortottici (per seduta)	15,00

Prestazione	€
Esolftalmometria	19,00
Fluorangiografia del segmento anteriore (compreso anestetista)	157,00
Fluorangiografia della retina (compreso anestetista)	157,00
Gonioscopia	39,00
Mappa strumentale della cornea: tomografia	147,00
Mappa strumentale della cornea: topografia	98,00
Microscopia corneale (conconale), conta endoteliale	115,00
OCT - Tomografia a coerenza ottica	100,00
Oftalmodinamometria	39,00
Oftalmoscopia diretta o indiretta (come unico atto)	49,00
Pachimetria corneale	58,00
Perimetria	39,00
Potenziali evocati visivi con determinazione di contrasto	58,00
Pupillografia	32,00
Retinografia	32,00
Tempo di circolo della fluorescina (compreso anestesista)	117,00
Tonografia e test di provocazione	35,00
Tonometria (Come unico atto medico)	15,00
Transilluminazione	35,00
VCP	39,00
Diagnostica strumentale ortopedia	**€**
Artroscopia diagnostica (come unico intervento) (*)	300,00
Esame Baropodometrico dinamico	49,00
Esame Baropodometrico statico	39,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Diagnostica strumentale otorinolaringoiatria	**€**
Esame audiometrico	40,00
Esame Cocleo Vestibolare Semplice	29,00
Esame per adattamento protesico	19,00
Esame spettrografico della voce	58,00

Prestazione	€
Esame vestibolare con ENG (qualunque tecnica)	50,00
Evoked response audiometry (E.R.A.)	58,00
Fibrolaringoscopia	100,00
Impedenzometria timpanica	28,00
Lavaggio tappo cerume	19,00
Manovre liberatorie nelle vertigini posizionali parossistiche	25,00
Olfattometria	24,00
Rinofaringoscopia	109,00
Rinomanometria	24,00
Stroboscopia	29,00
Test diagnostico con Mannitolo (Sindrome di Meniere) compreso farmaco	350,00
Tracheobroncoscopia diagnostica (*)	370,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Diagnostica strumentale pneumologia	**€**
Diffusione alveolo capillare (Bpco)	75,00
Emogasanalisi arteriosa basale (PH, PO2, PCO2 bicarbonati, compreso prelievo)	52,00
Emogasanalisi arteriosa sotto sforzo (compreso prelievo)	76,00
Emogasanalisi durante respirazione di O2 (compreso prelievo)	95,00
Emogasanalisi prima e dopo iperventilazione (compreso prelievo)	95,00
Lavaggio bronco alveolare endoscopico	226,00
Ossimetria arteriosa (PA O2 o SA O2)	171,00
Pletismografia corporea (misura VGT, resistenze, volumetria)	74,00
Pletismografia induttiva toracica	44,00
Prova da sforzo scalare: parametri ventilatori con emogasanalisi	110,00
Spirometria basale	34,00
Spirometria con test di broncostimolazione	49,00
Spirometria con volume residuo	98,00
Titolazione C-PAP	180,00
Toracoscopia diagnostica e di stadiazione	3000,00
Tracheobroncoscopia diagnostica (*)	370,00

Prestazione	**€**
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Diagnostica strumentale urologia	€
Agobiopsia prostatica (tru cut) (*)	174,00
Agobiopsia renale percutanea (*)	220,00
Biopsia prostatica (*)	210,00
Biopsia prostatica RM guidata (Fusion, etc...) (*)	400,00
Biopsia testicolare bilaterale (*)	373,00
Biopsia testicolare monolaterale (*)	303,00
Brushing citologico compresa citoscopia	186,00
Cistoscopia compresa eventuale biopsia (*)	342,00
Cromocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale	367,00
Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale	318,00
Elettromiografia sfinterica	55,00
Esame urodinamico completo (compresi eventuali test farmacologici) (*)	300,00
Mapping vescicale (omnicomprensivo)	447,00
Potenziali sacrali evocati	55,00
Prostata, massaggio unicamente a scopo terapeutico	29,00
Ureteroscopia	392,00
Uroflussimetria	105,00
Uro-TC	200,00
Video urodinamica	235,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Diagnostica strumentale ginecologia e ostetricia	€
Agoaspirati o biopsie di lesioni superficiali escluso esame citoistologico (*)	100,00
Clamydia su striscio vaginale: prelievo per ricerca (escluso esame)	20,00
Colposcopia (*)	80,00
Colposcopia più biopsia (*)	160,00
Colposcopia più pap-test (*)	100,00
Flussimetria + Ecografia	100,00

Prestazione	€
Herpes su striscio vaginale: prelievo per ricerca (compreso esame)	71,00
HPV (materiale biologico) DNA test compreso prelievo	80,00
HPV (materiale biologico) mRNA (tipi 16-18-31-35-51) compreso prelievo	95,00
Isteroscopia diagnostica con biopsia (*)	400,00
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia (comprese eventuali biopsie) (*)	785,00
Mammografia con CEDM Contrasto	200,00
Pap net	29,00
Paptest (prelievo + esame citologico)	27,00
striscio vaginale per ricerca epstein Bar virus (compreso esame citologico)	47,00
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	82,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	

5. Prestazioni in gravidanza

Nell'ipotesi di gravidanza certificata, le iscritte alla QuAS potranno ottenere il rimborso delle sottoelencate indagini senza necessità di trasmettere la prescrizione medica relativa alle indagini effettuate.

Per ottenere il rimborso sarà dunque necessario trasmettere alla Cassa, nei termini di Regolamento, il certificato medico comprovante l'attuale stato di gravidanza (1) unitamente al documento di spesa attestante l'effettuazione delle indagini, il dettaglio delle prestazioni fruite e l'importo pagato.

(1) Il certificato dovrà essere inviato ad ogni richiesta di rimborso (anche in copia).

Le prestazioni contrassegnate dal simbolo (#) devono essere inviate in unica richiesta al termine della gravidanza e comunque non oltre i 365 gg dalla data della fattura, accompagnata dal certificato di espletamento del parto o della interruzione della gravidanza.

Le prestazioni che rientrano nella esposizione che segue si intendono tassative e, pertanto, se eseguite al di fuori dello stato di gravidanza verranno liquidate secondo le procedure ordinarie, inviando la prescrizione medica con l'indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico.

Prestazione	€
Amniocentesi (Cariotipo su liquido amniotico compreso prelievo) (*)	600,00
Anticorpi antifosfolipidici (ricerca)	54,00
biopsia villi coriali	400,00
Bi-test	30,00
Cardiotocografia (monitoraggio fetale)	50,00

Prestazione	€
Cariotipo su aborto	300,00
Cariotipo su sangue periferico (Mappa cromosomica) §	120,00
Cariotipo su villi coriali compreso prelievo bioptico	600,00
Cromatina sessuale §	18,00
Ecocardiografia fetale (non ripetibile nel corso della gravidanza)	100,00
Ecocolordoppler fetale	100,00
Ecografia fetale (massimo 4 per l'intero ciclo di gravidanza) (#)	105,00
Ecografia morfologica (non ripetibile nel corso della gravidanza)	200,00
Estradiolo (E2 o 17 Beta)	22,00
Estriolo plasmatico	22,00
Estriolo urinario	22,00
FISH amniociti in interfase 2 sonde	90,00
FISH amniociti in interfase 4 sonde	150,00
Flussimetria + ecografia	100,00
Gonadotropina corionica (HCG) (Per ogni tipo)	22,00
Gonadotropina corionica (HCG) urinaria	22,00
Gonadotropina corionica: subunità beta - frazione libera IRMA	30,00
Gonadotropina corionica: subunità beta plasmatici (BHCG plasmatica)	22,00
MRI Fetale	399,00
Preparazione psicofisica al parto - ciclo completo, eseguita da ginecologo/a, ostetrico/a, psicologo/a	150,00
Puntura epidurale nel parto	250,00
Ricerca DNA fetale nel sangue materno	200,00
Translucenza nucale	80,00
Tri-test	50,00
Visita ginecologica/ostetrica effettuata da medico specialista in Ginecologia e Ostetricia (fino ad un massimo di 6 per l'intero periodo di gravidanza) (#)	80,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza	

6. Tutela del figlio/a nel primo anno di età

Relativamente al primo anno di vita del figlio/a, QuAS riconosce il rimborso delle visite specialistiche nella misura di seguito descritta e delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche elencate nel presente Tariffario Nomenclatore, fruite in conseguenza della patologia. La domanda di rimborso presentata dal genitore iscritto alla QuAS deve essere completa della prescrizione medica indicante la diagnosi e/o sospetto diagnostico e delle relative fatture dettagliate attestanti i pagamenti effettuati.

L'iscritto è tenuto a registrare il proprio figlio/a minore di un anno all'interno della propria Area Riservata, nella sezione appositamente prevista, trasmettendo il modulo di autocertificazione messo a disposizione dalla Cassa. Le prestazioni riservate ai figli degli iscritti entro il 1° anno di vita possono essere eseguite esclusivamente in forma indiretta. Il ricovero del bambino potrà essere riconosciuto solo in presenza di cartella clinica specifica per la patologia neonatale.

Prestazione	€
visita specialistica (tutela del figlio) ad esclusione di quella pediatrica, odontoiatrica e di quella psicologica - massimo 6 per il periodo di iscrizione	80,00
visita pediatrica specialistica (tutela del figlio) - massimo 6 per il periodo di iscrizione	80,00

7. Visita specialistica

Visita specialistica di branca (ad esclusione di quella odontoiatrica e di quella psicologica) massimo 6 per anno (01/01 - 31/12)	80,00

8. Prestazioni specialistiche

Prestazione	€
CVC per dialisi	350,00
Dialisi domiciliare (per seduta)	104,00
Emodialisi (per seduta)	104,00
Plasmaferesi terapeutica (compreso filtro, linee, sacche escluso plasma e/o albumina)	500,00
posizionamento di clip amagnetica	400,00
posizionamento di repere metallico ecoguidato	370,00
posizionamento di repere metallico in stereotassi	500,00
Tecniche depurative CRRT (emodialisi, emofiltrazione, emodiafiltrazione)	600,00
Terapia infusionale (Fleboclisi) escluso farmaco	26,00

9. Oncologia medica (Trattamenti completi)

Con l'utilizzo per via sistemica di Farmaci chemioterapici antineoplastici somministrati presso strutture sanitarie private, sebbene disponibili presso il SSN ed autorizzati dall'AIFA, la Cassa prevede il rimborso pari all'80% della spesa sostenuta per i farmaci stessi sino ad un massimo di 10.000 euro all'anno.

Le tariffe esposte sono comprensive delle prestazioni professionali dell'intera equipe medica - oncologica

Prestazione	€
Chemioterapia	€
Chemioterapia ambulatoriale antineoplastica (per seduta)	52,00
Espianto di CVC	104,00
Espianto di sistemi venosi impiantabili tipo PORT - A - CATH, GROSHONG ed altri (come unico intervento)	269,00
Impianto di CVC (come unica prestazione)	388,00
Impianto di sistemi venosi impiantabili tipo PORT - A - CATH, ed altri simili (come unica prestazione) con eventuale guida ecografica	538,00
Posizionamento di cateteri intraddominali in infusione chemioterapica	800,00
Prestazioni equipe medica oncologica durante un ricovero senza chemioterapia con degenza notturna: prima giornata	68,00
Prestazioni equipe medica oncologica durante un ricovero senza chemioterapia con degenza notturna: dalla prima alla decima giornata	60,00
Prestazioni equipe medica oncologica durante un ricovero senza chemioterapia con degenza notturna: oltre la decima giornata	56,00
Prestazioni equipe medica oncologica in regime di ricovero con degenza notturna per infusione di farmaci in cavità naturali con o senza evacuazione di liquidi biologici/patologici o terapia endovescicale con cateterismo, comprensiva di qualsiasi atto medico - unica seduta	416,00
Prestazioni equipe medica oncologica in regime di ricovero con degenza notturna per mono-polichemioterapia antiblastica, con terapia perfusionale: prima giornata	224,00
Prestazioni equipe medica oncologica in regime di ricovero con degenza notturna per mono-polichemioterapia antiblastica, con terapia perfusionale: dalla seconda giornata in poi	192,00
Prestazioni equipe medica oncologica in regime di ricovero in day hospital (degenza diurna) o ambulatoriale o domiciliare per monopolichemioterapia antiblastica, con infusione continua o circadiana a mezzo di pompe elettroniche programmabili portatili ed eventuale ricarica dei farmaci e controlli clinici o per terapie antineoplastiche oppure chemioterapia con infusione rapida o prolungata dei farmaci (a seduta)	104,00
Radioterapia	€
Irradiazione intraoperatoria (IORT)	1950,00
Adroterapia (a seduta)	975,00
Betaterapia superficiale con radioisotopi artificiali (per seduta)	48,00
Brachiterapia (Courieterapia) interstiziale od endocavitaria o coronarica (prima seduta)	2389,00

Prestazione	€
Brachiterapia (Courieterapia) interstiziale od endocavitaria o coronarica (sedute successive)	546,00
Brachiterapia (Courieterapia) superficiale (apparecchi modellati)	137,00
Brachiterapia interstiziale con impianto permanente di semi radioattivi nella prostata (compreso costo dei semi)	5460,00
Contornazione del target e degli organi critici per piani 3D, valutazione radioterapica dei piani 3D	157,00
Contornazione del target e degli organi critici per piani IMRT, valutazione radioterapica dei piani IMRT e validazione (intero trattamento)	358,00
Film di verifica in corso di trattamento (massimo uno a settimana)	80,00
Immobilizzazione con casco stereotassico (compreso anestesista)	321,00
Ipertermia associata alla radioterapia (per seduta)	116,00
Plesioroentgenterapia (per seduta)	37,00
Posizionamento di placche per la radioterapia del melanoma coroidale compresa prestazione del medico oculista	358,00
Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): irradiazione cutanea totale con elettroni	1775,00
Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): irradiazione emicorporea (HBI)	239,00
Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): panirradiazione (TBI) frazionata, ogni seduta	96,00
Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): panirradiazione (TBI) prima o unica seduta	956,00
Radioterapia conformazionale dinamica con collimatore micro-multi-leaf (per seduta)	102,00
Radioterapia IMRT (per seduta)	124,00
Radioterapia selettiva interna intraepatica (SIRT)	2015,00
Radioterapia stereotassica (trattamento globale, anche cyber knife)	2048,00
Radioterapia stereotassica plurifrazionata: frazioni successive (anche cyber knife)	358,00
Radioterapia stereotassica plurifrazionata: prima frazione (anche cyber knife)	1430,00
Roentgenterapia superficiale non oncologica (per seduta)	22,00
Schermatura, modificatori del fascio, sistemi di immobilizzazione personalizzati (unica prestazione)	103,00
Simulazione con fusione di immagini TC e RMN	423,00
Simulazione del trattamento: mediante RM	260,00
Simulazione del trattamento: mediante TAC	195,00
Simulazione del trattamento: radiologia tradizionale	111,00
Simulazione per radioterapia stereotassica con angiografia	225,00
Simulazione per radioterapia stereotassica con TAC	163,00
Sistema immobilizzazione per radioterapia 3D e dinamica	171,00
Studio dosimetrico	89,00
Telecobaltoterapia cinetica (per seduta)	29,00
Telecobaltoterapia od altre sorgenti gamma - statica (per seduta)	38,00
Terapia con acceleratore lineare fotoni od elettroni (per seduta)	69,00

Prestazione	€
Terapia conformazionale per la prostata od altri organi, ove necessaria (per seduta)	89,00
Tomoterapia PET (per seduta)	293,00
Trattamento di termofrequenza mirato (per seduta)	1707,00

10. Terapia antalgica (Trattamenti completi)

Prestazione	€
Blocchi antalgici dei nervi cranici e loro rami	120,00
Blocchi antalgici dei nervi periferici	120,00
Blocchi antalgici del ganglio	200,00
Blocchi antalgici del plesso	150,00
Blocchi antalgici periarticolari e/o intrarticolari	100,00
Blocchi antalgici tronculari del nervo	120,00
Cateterismo plessico per blocco continuo	496,00
Impianto di elettrostimolazione midollare, intervento di	1760,00
Lisi peridurale (peridurolisi con catetere di Racz)	1760,00
Posizionamento di dispositivo totalmente impiantabile per la somministrazione di farmaci intratecale/ subaracnoidea	4160,00
Rizotomia trans nasale a fini analgesici	2500,00
RM o TC in corso di terapia antalgica	100,00
Somministrazione di farmaco subaracnoideo/ intratecale (test di prova)	184,00
Sostituzione di elettrostimolatore midollare	800,00
Terapia antalgica mediante infusione endovenosa (per ogni giornata di trattamento)	80,00
Wash out farmacologico per cefalea cronica (compresi farmaci) in day hospital - almeno 5 sedute	1200,00

11. Assistenza infermieristica

Prestazione	€
Assistenza infermieristica domiciliare concedibile per l'intera giornata previa autorizzazione preventiva della Cassa (Effettuata da personale diplomato) - Massimo 15 giorni per anno (01/01 - 31/12)	100,00
Assistenza ostetrica (per un massimo di 20 giorni nel periodo peripartum, massimo una volta al giorno) - al giorno	26,00

12. Prestazioni domiciliari per casi di impossibilità alla deambulazione autonoma

Agli associati che presentino impossibilità assoluta alla deambulazione autonoma, certificata da struttura pubblica o ospedaliera, saranno rimborsate per il periodo indicato nella certificazione e comunque per un massimo di 15 giorni l'anno (01/01 – 31/12), qualora vengano eseguite presso il domicilio dell'associato, tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche previste dal Tariffario Nomenclatore fino alla concorrenza di un importo doppio rispetto a quello stabilito. Per accedere a tale agevolazione, il documento di spesa rilasciato dalla struttura o dal professionista che ha effettuato la prestazione, dovrà contenere anche la dicitura "prestazione di assistenza domiciliare". Le domande di rimborso ordinario a norma del vigente regolamento e dal Tariffario Nomenclatore, specifica certificazione rilasciata da struttura pubblica o ospedaliera, attestante in maniera espressa sia che il richiedente si trova nell'impossibilità temporanea e assoluta di deambulare autonomamente, sia il periodo di eventuale impedimento. Tali richieste di rimborso soggiacciono, comunque, a tutte le regole generali e ai termini prescrizionali previsti dalla normativa della Cassa per i rimborsi ordinari.

13. Psicoterapia individuale

In caso di patologie psichiatriche, il fondo contribuisce con una cifra massima di Euro 600,00 su base annua (01/01 – 31/12), per le prestazioni psicoterapiche individuali effettuate in presenza da professionista abilitato alla attività di psicoterapeuta (iscritto all'albo degli psicoterapeuti). Dette prestazioni dovranno essere prescritte solo da specialisti in psichiatria e/o neurologia (sono escluse le specializzazioni equipollenti).

Le prestazioni psicoterapiche individuali potranno essere eseguite esclusivamente in forma INDIRETTA.

NON È AMMESSA LA PRESCRIZIONE REDATTA DALLO STESSO PROFESSIONISTA CHE EFFETTUERÀ LE TERAPIE.

Prestazioni psicoterapiche individuali	600,00

14. Soggiorno per cure termali

Il contributo massimo, pari a euro 500,00/anno (01/01 - 31/12) si intende onnicomprensivo delle spese alberghiere di soggiorno sostenute presso la stessa città ove ubicata la struttura termale, regolarmente fatturate e specificate. Il periodo, non può essere inferiore ai 10 giorni di cura, deve intendersi continuativo e pertanto non sono consentite interruzioni. Non è consentito il rimborso per il soggiorno nella stessa città di residenza del Quadro, all'estero o al di fuori di strutture autorizzate (alberghi, hotel, pensioni; no campeggi, residence, b&b, agriturismo e abitazioni private). Le cure devono essere prescritte da medico specialista di branca attinente alla patologia per la quale si richiedono le cure termali, che sia o operante in ASL o nel regime di convenzione specialistica con il SSN, su ricetta del SSN o su carta intestata dell'ospedale o ASL con evidenza della specializzazione del Professionista; devono contenere diagnosi e sospetto diagnostico e numero e tipologia delle terapie prescritte. Devono essere usufruite entro 90 giorni dalla data di prescrizione e solo presso centri termali italiani riconosciuti/abilitati dal SSN. Eventuali prestazioni sanitarie fruite nel corso del soggiorno, saranno riconosciute come da regolamento. È possibile usufruire contestualmente anche di massaggi e/o inalazioni solo se specificate originariamente nella prescrizione delle Cure termali.

Cure termali su prescrizione medica. Contributo massimo annuale (01/01 - 31/12) onnicomprensivo delle spese di soggiorno per periodi superiori ai 10 giorni continuativi per cure termali su prescrizione medica.	500,00

15. Terapie fisiche

IL CONTRIBUTO MASSIMO PER LE TERAPIE È FISSATO IN € 500,00 per anno (01/01 - 31/12). Per ottenere il rimborso è, in ogni caso, necessario presentare la prescrizione medica, compilata dal medico curante. La prescrizione deve indicare la patologia riscontrata e la quantità di sedute per ciascuna tipologia di terapia prescritta.

Tutte le terapie elencate devono essere necessariamente eseguite da professionisti abilitati e iscritti negli albi previsti dagli Ordini delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione - TSRM PSTRP (D.M. 13 Marzo 2018) e dei Fisioterapisti - FNOFI (D.M. 8 settembre 2022, n.183) o da medico specialista di branca.

Nota bene: le prestazioni contrassegnate dal simbolo (1) devono necessariamente essere eseguite da medico chirurgo.

Sono ammesse inoltre le prestazioni fruite presso centri sanitari riconosciuti solo se corredate di dichiarazione del Direttore sanitario responsabile. È, quindi, obbligatoria la trasmissione di documentazione chiaramente attestante quanto sopra.

Tutte le voci elencate si riferiscono a prestazioni eseguite individualmente e non in gruppo.

LE FATTURE DEVONO INDICARE IN MODO ANALITICO IL NUMERO DI SEDUTE E LA SPECIFICA TERAPIA EFFETTUATA CON IL RELATIVO IMPORTO PAGATO.

In caso di terapie a seguito delle seguenti casistiche, per le prestazioni fisioterapiche (indicate con “F”) è possibile innalzare a € 1.500,00 il contributo massimo previsto:

- esiti di eventi cerebrovascolari acuti o cronici
- malattie degenerative neurologiche e/o neuromuscolari
- esiti di cardiopatia ischemica o in fase di scompenso
- broncopneumopatia cronica con grave insufficienza respiratoria in ossigenoterapia
- riabilitazione motoria post-intervento chirurgico, solo per gli interventi contrassegnati dal simbolo ($) se fatturate entro 120 giorni dalla data dell’intervento.

Per ottenere il rimborso, in aggiunta a quanto sopra indicato, è necessaria la certificazione redatta da medico specialista di branca e, solo per prestazioni effettuate a seguito di intervento chirurgico, la cartella clinica o la lettera di dimissioni.

N.B.: l’innalzamento del massimale a € 1,500,00 sopra descritto è concedibile solo in forma indiretta. Non è, pertanto, possibile eseguire prestazioni fisioterapiche eccedenti € 500,00 in convenzione diretta.

N.B. Le prestazioni che riportano il simbolo (1) devono necessariamente essere eseguite da medico chirurgo.

Prestazione	€
Aereoterapia	€
Areoionoterapia (per seduta)	5,00
Areosolterapia (per seduta)	5,00
Inalazioni (per seduta)	5,00
Insufflazioni endotimpaniche (per seduta)	9,00
Irrigazioni nasali e/o vaginali (per seduta)	3,00

Prestazione	**€**
Ossigenoterapia iperbarica (per seduta) (F)	30,00
Politzer (per seduta) (F)	9,00
Ventilazione polmonare strumentale (per seduta) (F)	9,00
Elettroterapia	€
Diadinamica (per seduta)	7,00
Diatermia (per seduta)	7,00
Diatermoterapia (per seduta)	7,00
Elettrosonoterapia (per seduta)	7,00
Elettrostimolazioni esponenziali (per seduta)	7,00
Elettroterapia (per seduta)	10,00
Ionoforesi (per seduta)	10,00
Terapia antalgica transcutanea (per seduta)	7,00
Fototerapia	€
Infrarossi (per seduta)	5,00
Microfototerapia (per seduta)	67,00
Ultravioletti applicazioni UVA (per seduta)	5,00
Idroterapia	€
Bagnoterapia (per seduta)	12,00
Crenoterapia (per seduta)	12,00
Ginnastica vascolare idrica (per seduta)	9,00
Idrochinesiterapia (per seduta)	12,00
Idrogalvanoterapia (per seduta)	7,00
Idromassoterapia (per seduta)	7,00
Massoterapia	€
Drenaggio linfatico manuale (per seduta) (F)	17,00
Massaggio riflessogeno (per seduta) (F)	12,00
Massaggio strumentale (per seduta) (F)	7,00
Massoterapia segmentaria per qualunque segmento (per seduta) (F)	18,00
Pompage (per seduta) (F)	22,00

Prestazione	€
Prestazioni manu medica	€
(MANU MEDICA) Agopuntura (per seduta) (1) (F)	17,00
Infiltrazione intrarticolare (per seduta, escluso farmaco) (sala operatoria non concedibile)	60,00
Ozonoterapia per infiltrazioni (solo per terapia di ernia discale) (per seduta) (F)	47,00
Toilette chirurgica lesioni cutanee da decubito (per seduta) (1) (F)	24,00
Rieducazione funzionale e chinesiterapia	€
Chinesiterapia ogni tipo (per seduta) (F)	25,00
Ginnastica correttiva (per seduta) (F)	10,00
Ginnastica medica (non a scopo estetico) (per seduta) (F)	15,00
Ginnastica propriocettiva (per seduta) (F)	7,00
Ginnastica respiratoria (per seduta) (F)	10,00
Ginnastica segmentaria (per seduta) (F)	10,00
Riabilitazione del pavimento pelvico (per seduta) (F)	30,00
Riabilitazione motoria (per seduta) (F)	19,00
Riabilitazione post-operatoria (per seduta) (F)	10,00
Riabilitazione post-traumatica (per seduta) (F)	10,00
Rieducazione neuromotoria (per seduta) (F)	19,00
Sonoterapia	€
Sonodiatermia	25,00
Ultrasuoni - ogni tipo (per seduta) (F)	10,00
Terapie fisiche mirate	€
Affitto apparecchiatura per magnetoterapia domiciliare 75% del costo sostenuto (F)	-
Biofeedback (per seduta) (F)	33,00
Ergoterapia (per seduta) (F)	12,00
Isocineticaterapia (per seduta) (F)	19,00
Laser YAG (per seduta) (F)	30,00
Laserstimolazione (per seduta) (F)	12,00
Laserterapia (per seduta) (F)	25,00
Logoterapia (per seduta) (F)	16,00
Magnetoterapia (per seduta) (F)	12,00

Prestazione	€
Meccanoterapia (per seduta) (F)	12,00
Pressoterapia (per seduta)	10,00
Tecarterapia (per seduta) (F)	30,00
Terapia occupazionale (per seduta) (F)	12,00
terapia shiatsu (per seduta) (F)	27,00
Vacumterapia (per seduta)	9,00
Termoterapia	**€**
Crioterapia (per seduta)	6,00
Fangoterapia (per seduta)	9,00
Fitoterapia (per seduta)	5,00
Ipertermia (per seduta) (F)	29,00
Marconiterapia (per seduta)	7,00
Paraffinoterapia (per seduta)	7,00
Radarterapia (per seduta)	7,00
Vertebroterapia manu medica	**€**
(MANU MEDICA) Correzione incruenta del disallineamento vertebrale (per seduta) (1)	17,00
(MANU MEDICA) Manipolazioni vertebrali (per seduta) (1) (F)	20,00
(MANU MEDICA) Trazioni vertebrali cervicali (per seduta) (1) (F)	10,00
(MANU MEDICA) Trazioni vertebrali lombosacrali (per seduta) (1) (F)	10,00
(MANU MEDICA) Trazioni vertebrali meccaniche (per seduta) (1) (F)	10,00
Terapie varie	**€**
Fisioterapia secondo Souchard (per seduta) (F)	24,00
Ginnastica posturale (per seduta) (F)	20,00
Idrocolonterapia (per seduta)	50,00
Istruzione alla deambulazione (per seduta)	19,00
Moorterapia (per seduta) (F)	6,00
Terapia con “onde d’urto” (solo per calcificazioni periarticolari) per seduta - (01/01 - 31/12)	100,00
Viss (Vibration Sound System) (per seduta)	30,00

16. Lenti correttive

IL CONTRIBUTO FORFETTARIO PER LENTI CORRETTIVE DELLA VISTA È PARI A €. 160,00 OGNI DUE ANNI.

Il contributo forfettario è ammesso per qualsiasi tipo di lenti correttive della vista (lenti per occhiali, lenti a contatto anche del tipo usa e getta). IL RIMBORSO POTRÀ ESSERE RICONOSCIUTO SOLO 1 VOLTA OGNI DUE ANNI: di conseguenza è necessario raggruppare e presentare contestualmente le richieste di rimborso relative a tale tipologia di spesa.

In deroga a quanto sopra, il contributo è riconosciuto per ogni anno (01/01 - 31/12) nel caso di nuove lenti correttive della vista in conseguenza delle seguenti patologie e/o dei seguenti interventi chirurgici oculistici :

- glaucoma, cheratocono o maculopatia;
- asportazione di cataratta e distacco di retina.

Il contributo deve essere richiesto entro 6 mesi dalla data dell'intervento chirurgico.

Ai fini del rimborso è necessaria l'indicazione della correzione delle lenti rilasciata dal medico specialista o dall'ottico.

Lenti correttive (qualsiasi tipo)	160,00

17. Degenze e prestazioni complementari

Per gli interventi in degenza, o day hospital, o di chirurgia ambulatoriale è necessario produrre copia della cartella clinica o idonea documentazione clinica regolarmente sottoscritta dal Responsabile della Struttura Sanitaria (Art. 5.4 del Regolamento).

Si intendono "degenze " periodi di ricovero con pernottamento nella struttura sanitaria a seguito di interventi chirurgici o per patologie mediche.

I rimborsi previsti al presente capitolo sono riconosciuti per i ricoveri che hanno inizio dal 1° Gennaio al 31 Dicembre dell'anno di riferimento del presente Nomenclatore.

Prestazione	**€**
Assistenza specialistica	€
Assistenza medico specialistica in ricovero, max 3 per evento sanitario	80,00
Pacchetti di analisi pre-operatorie per interventi chirurgici eseguiti in regime di ricovero o day-hospital	€
PRE-OPERATORIO INTERMEDIO per interventi da €1.001 a €3600 (riconosciuti dal Fondo QuAS)	100,00
PRE-OPERATORIO MAGGIORE per interventi oltre €3600 (riconosciuti dal Fondo QuAS)	124,00
PRE-OPERATORIO MINORE per interventi fino ad €1000 (riconosciuti dal Fondo QuAS)	89,00
Degenze	€
Day hospital per interventi chirurgici o prestazioni chemioterapiche	170,00
Retta giornaliera di degenza con finalità riabilitative (massimo trenta giorni)	100,00
Retta giornaliera di degenza in acuzie (dal primo al decimo giorno)	300,00

Prestazione	€
Retta giornaliera di degenza post acuzie (Dall' undicesimo giorno al trentesimo giorno) con esclusione delle finalità riabilitative	200,00
Rianimazione	**€**
Assistenza meccanica del circolo (come unica prestazione)	1.194,00
Defibrillazione elettrica esterna (come unica prestazione)	215,00
Defibrillazione elettrica interna (come unica prestazione)	328,00
Impianto C.V.C. tipo PORT-A-CATH (come unica prestazione)	388,00
Ipotermia (come unica prestazione)	162,00
Posizionamento di catetere in succlavia (come unica prestazione)	162,00
Retta giornaliera in reparto - terapia intensiva - degenza rianimazione - unità coronarica (sostitutiva della normale retta)	850,00
Prestazioni trasfusionali	**€**
Aferesi terapeutica, eritro aferesi con sacche multiple	66,00
Emofiltrazioni depurative	600,00
Eritro aferesi terapeutica	495,00
Leuco aferesi terapeutica	550,00
Piastrino aferesi terapeutica (*)	510,00
Plasma exchange (PEX)	400,00
Plasmaferesi terapeutica	594,00
Recupero di sangue intraoperatorio compreso uso macchina e assistenza professionale	550,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Sala operatoria e uso apparecchi speciali	**€**
Le tariffe indicate per la sala operatoria devono essere considerate con riferimento alle tariffe previste dal Tariffario per gli interventi chirurgici. Detti importi e i rimborsi per l'uso di apparecchi speciali si intendono ridotti del 50% se gli stessi sono eseguiti in day hospital. Le tariffe indicate sono riconoscibili solo per le prestazioni identificate come interventi chirurgici - al netto di eventuali esclusioni indicate dal simbolo (*) - e non sono riconoscibili in caso di prestazioni diagnostiche ambulatoriali eseguite in ambienti specifici (ad es. saletta chirurgica, ambulatorio sterile, etc.).	
Mezzi di sintesi - utilizzati in corso di chirurgia ortopedica (50% del costo e comunque non oltre il 50% della tariffa riconosciuta dalla Cassa per l'intervento)	-
Sala gessi	140,00
Sala operatoria per interventi da 2.583,01 euro a 3.620,00 euro	1.250,00
Sala operatoria per interventi da 3.620,01 euro a 4.650,00 euro	1.550,00
Sala operatoria per interventi oltre 4.650,01 euro	1.800,00

Prestazione	€
Sala operatoria per interventi da 1.033,01 euro a 2.583,00 euro	915,00
Sala operatoria per interventi da 517,01 euro a 1.033,00 euro	560,00
Sala operatoria per interventi fino a 517,00 euro	270,00
Sala parto	365,00
Uso amplificatore di brillanza in sala operatoria	67,00
Uso apparecchiatura robotica per interventi chirurgici oncologici	1.500,00
Uso apparecchiature per interventi sul cuore in C.E.C.	2.187,00
Uso artroscopico o laparoscopico	122,00
Uso Gyrus	1.120,00
Uso kit per radiofrequenza (es. generatore ligasure, etc.) 896,00	896,00
Uso laser (per prestazioni chirurgiche)	448,00
Uso pompa venosa per trattamento preventivo antitrombosi	448,00
Uso sala operatoria per esami o atti invasivi (emodinamica, angiografia, radiologia e cardiologia interventistica, endoscopie operative)	448,00
Uso sala operatoria per interventi di cardiochirurgia in circolazione extracorporea	4.928,00
Nel caso di più interventi eseguiti dalla stessa equipe chirurgica ed effettuati nella stessa seduta operatoria, la Cassa procederà al rimborso - secondo Tariffario - per l'intervento principale, mentre gli eventuali altri interventi verranno riconosciuti sino al 50% della cifra prevista. Nota Bene: Qualora i diversi interventi fossero collegati funzionalmente o, in ogni caso, con il medesimo obiettivo terapeutico, sarà possibile riconoscere il rimborso relativo al solo intervento principale.	

18. Interventi chirurgici

Prestazione	€
Interventi chirurgici cardiochirurgia	€
Bypass aorto coronarici multipli ($)	9.042,00
Bypass aorto coronarico singolo ($)	6.379,00
Cardiochirurgia a cuore aperto, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti ($)	21.451,00
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) - interventi di, salvo gli interventi descritti ($)	4.901,00
Cisti del cuore o del pericardio ($)	4.224,00
Commissurotomia per stenosi mitralica ($)	4.557,00
Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso ($)	2.668,00

Prestazione	€
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento ($)	796,00
Embolectomia con Fogarty ($)	500,00
Fistole arterovenose del polmone, interventi per ($)	4.104,00
Massaggio cardiaco interno ($)	365,00
Pericardiectomia parziale ($)	2.394,00
Pericardiectomia totale ($)	3.505,00
Pericardiocentesi ($)	500,00
Reintervento con ripristino di C.E.C. ($)	3.667,00
Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo ($)	3.420,00
Sostituzione valvolare singola (C.E.C.) ($)	6.335,00
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.) ($)	6.924,00
Valvuloplastica cardiaca ($)	6.002,00
Per le voci contrassegnate dal simbolo ($), la Cassa prevede un innalzamento del massimale di Euro 1.500,00 per le terapie contrassegnate dal simbolo (F), nei casi di: Esiti di eventi cerebrovascolari acuti o cronici; malattie degenerative neurologiche e/o neuromuscolari; esiti di cardiopatia ischemica o in fase di scompenso; broncopneumopatia cronica con grave insufficienza respiratoria in ossigenoterapia; riabilitazione motoria post intervento chirurgico, se fatturate entro 120 giorni dalla data del ricovero presso la struttura ove è avvenuto il trattamento.	
Interventi chirurgici cardiologia interventistica	€
Ablazione transcatetere	2.128,00
Angioplastica coronarica multipla	4.420,00
Angioplastica coronarica singola	3.770,00
Applicazione di Stent intracoronarico a completamento di angioplastica	598,00
Biopsia endomiocardica destra	866,00
Biopsia endomiocardica sinistra	983,00
Cateterismo destro e/o sinistro, e calcolo portate e Gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	2.240,00
Chiusura del forame ovale	2.600,00
Controllo elettronico del pace maker impiantato (compresa consulenza ingegnere) (*)	170,00
Coronarografia + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	1.600,00
Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	2.000,00
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell' eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateteri e programmazione elettronica del pace maker	3.640,00
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	983,00

Prestazione	€
Riprogrammazione elettronica del pace maker con misurazione soglia cardiaca con metodo non invasivo (*)	170,00
Seconda applicazione di Stent sulla stessa arteria	273,00
Sostituzione generatore pace maker definitivo	504,00
Stand by cardiochirurgico	935,00
Studio elettrofisiologico endocavitario	900,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici chirurgia della mammella	**€**
Unitamente alla documentazione clinica occorre presentare i referti degli accertamenti preventivamente svolti che indichino la natura funzionale dell'intervento.	
Ascesso mammario, incisione di	461,00
Impianto di protesi mammaria in seguito a mastectomia totale per neoplasia maligna (escluso revisione/sostituzione di protesi)	4.000,00
Linfoadenectomia isolata in tempi successivi ad interventi sulla mammella ($)	2.210,00
lipofilling in caso di exeresi per neoplasia maligna	1.500,00
Mastectomia con eventuale impianto di protesi o estensore	7.800,00
mastectomia con linfoadenectomie associate	7.410,00
Mastectomia per ginecomastia maschile mammelle bilaterali	4.076,00
mastectomia senza linfoadenectomie associate	3.510,00
Nodulectomia mammaria	1.950,00
Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili	123,00
Quadrantectomia con eventuale impianto di protesi o estensore	5.915,00
Quadrantectomia con linfoadenectomie associate	4.732,00
Quadrantectomia senza linfoadenectomie associate	3.900,00
Per le voci contrassegnate dal simbolo ($), la Cassa prevede un innalzamento del massimale di Euro 1.500,00 per le terapie contrassegnate dal simbolo (F), nei casi di: Esiti di eventi cerebrovascolari acuti o cronici; malattie degenerative neurologiche e/o neuromuscolari; esiti di cardiopatia ischemica o in fase di scompenso; broncopneumopatia cronica con grave insufficienza respiratoria in ossigenoterapia; riabilitazione motoria post intervento chirurgico, se fatturate entro 120 giorni dalla data del ricovero presso la struttura ove è avvenuto il trattamento.	
Interventi chirurgici chirurgia della mano	**€**
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	2.630,00
Artrodesi carpale	2.375,00
Artrodesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	1.348,00

Prestazione	€
Artroplastica	2.010,00
Artroprotesi metacarpo-falangea e/o interfalangea ($)	2.678,00
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	1.380,00
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento incruento	245,00
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	2.130,00
Fratture e lussazioni del polso, trattamento incruento	407,00
Lesioni tendinee, intervento per	1.500,00
Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per ($)	1.130,00
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di De Quervain, tenosinoviti	1.130,00
Osteotomie (come unico intervento)	1.690,00
Pseudoartrosi delle ossa lunghe	1.199,00
Pseudoartrosi dello scafoide carpale	1.750,00
Retrazioni ischemiche ($)	2.061,00
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia ($)	5.101,00
Rigidità delle dita	1.199,00
Rizoartrosi	2.380,00
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, ecc...)	1.690,00
Sinovialectomia (come unico intervento)	1.105,00
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale ($)	4.256,00
Per le voci contrassegnate dal simbolo ($), la Cassa prevede un innalzamento del massimale di Euro 1.500,00 per le terapie contrassegnate dal simbolo (F), nei casi di: Esiti di eventi cerebrovascolari acuti o cronici; malattie degenerative neurologiche e/o neuromuscolari; esiti di cardiopatia ischemica o in fase di scompenso; broncopneumopatia cronica con grave insufficienza respiratoria in ossigenoterapia; riabilitazione motoria post intervento chirurgico, se fatturate entro 120 giorni dalla data del ricovero presso la struttura ove è avvenuto il trattamento.	
Interventi chirurgici chirurgia generale - piccoli interventi - varie	€
Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso (*)	245,00
Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti (*)	75,00
Agobiopsia ecoguidata	195,00
Ascesso o flemmone diffuso, incisione di (*)	350,00
Ascesso o flemmone sottoaponeurotico, incisione di	407,00
Ascesso o flemmone superficiale, incisione di (*)	172,00

Prestazione	€
Asportazione di tumore superficiale maligno - qualsiasi tecnica - trattamento completo - con presentazione di referto istologico (*)	500,00
Asportazione di tumori maligni profondi del viso - qualsiasi tecnica - trattamento completo - con presentazione di referto istologico	1.200,00
Biopsia del linfonodo sentinella	753,00
Biopsie (ogni tipo) successive alla prima - massimo 5 per anno (01/01 - 31/12) (*)	78,00
Cisti pilonidale, asportazione di (*)	540,00
Cisti sinoviale, asportazione radicale di (con presentazione di referto di accertamento preventivo che indichi la natura funzionale della prestazione) (*)	407,00
Corpo estraneo profondo extracavitario, estrazione di (*)	407,00
Corpo estraneo superficiale, estrazione di (*)	100,00
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del (*)	298,00
Ematoma superficiale, svuotamento di (*)	115,00
Ematomi profondi extracavitari, svuotamento di (*)	345,00
Espianto di catetere peritoneale (*)	100,00
Ferita profonda della faccia, sutura di (*)	245,00
Ferita profonda, sutura di	150,00
Ferita superficiale della faccia, sutura di (*)	150,00
Ferita superficiale, sutura di (*)	100,00
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	407,00
Flebotomia terapeutica (per seduta) (*)	1.000,00
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	488,00
Linfoadenectomia multipla (come unico intervento)	3.000,00
Medicazione ambulatoriale di ferita chirurgica (*), massimo 3 all'anno (01/01 - 31/12)	50,00
Melanoma tronco/arti asportazione di (qualunque numero) con presentazione di referto istologico	800,00
Patereccio superficiale, intervento per (*)	150,00
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	353,00
Revisione e/o ampliamento di pregressa exeresi per melanoma (*)	800,00
Revisione e/o ampliamento di pregressa exeresi per neoplasie maligne	800,00
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	660,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	

Prestazione	€
Interventi chirurgici chirurgia generale - collo	€
Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di	507,00
Biopsia prescalenica	269,00
Cisti o fistola congenita del dotto tireoglosso, asportazione di	886,00
Fistola esofago-tracheale, intervento per	2.318,00
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplasie benigne	1.088,00
Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni di	2.594,00
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	3.211,00
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	2.594,00
Linfoadenectomia sopraclaveare	1.385,00
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	655,00
Nodulectomia/Emitiroidectomia 3.	3.250,00
Paratiroidi, reinterventi	3.349,00
Paratiroidi-trattamento completo, intervento sulle	4.076,00
Termoablazione Noduli Tiroidei	1.300,00
Tiroide, reintervento	4.989,00
Tiroidectomia complicata con trattamento per via sternotomica o toracotomia (gozzo immerso)	4.076,00
Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale	5.200,00
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	4.755,00
Tracheostomia, chiusura e plastica	590,00
Tracheotomia con tracheostomia d'urgenza	944,00
Tracheotomia con tracheostomia di elezione	536,00
Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del	1.384,00
Tumore maligno del collo, asportazione di	1.799,00
Interventi chirurgici chirurgia generale - esofago	€
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	2.163,00
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	2.470,00
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfoadenectomia	5.196,00
Esofagite, ulcera esofagea, intervento per	2.576,00
Esofago di Barrett, trattamento completo (*)	2.500,00

Prestazione	€
Esofago cervicale, resezione dell'	3.349,00
Esofago, resezione parziale dell'	3.517,00
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfoadenectomia	5.248,00
Esofagogastroplastica-esofagodigiunoplastica- esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	3.349,00
Esofagostomia	1.617,00
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	2.163,00
Megaesofago, intervento per	2.576,00
Megaesofago, reintervento per	2.834,00
Protesi endo-esofagee, collocazione di	1.084,00
Sondaggio esofageo per dilatazione graduale (ciclo completo)	489,00
Stenosi benigne dell' esofago, interventi per	2.061,00
Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser (*)	733,00
Stenosi esofagee, trattamento endoscopico senza laser (*)	733,00
Varici esofagee, sclero terapia endoscopica	953,00
Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante	634,00
Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	2.679,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici chirurgia generale - stomaco - duodeno	**€**
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	2.774,00
Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	2.163,00
Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per	3.684,00
Gastrectomia totale con linfoadenectomia	6.299,00
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	1.613,00
Gastrostomia	1.384,00
Piloroplastica (come unico intervento)	1.613,00
Resezione gastro duodenale	2.576,00
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	3.553,00
Vagotomia selettiva, tronculare con piloroplastica	2.138,00
Vagotomia superselettiva	2.318,00

Prestazione	€
Interventi chirurgici chirurgia generale - intestino digiuno - ileo - colon - retto - ano	€
Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	3.230,00
Appendicectomia con peritonite diffusa	3.705,00
Appendicectomia semplice a freddo	1.384,00
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	1.084,00
Ascesso perianale, intervento per	922,00
By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne	4.042,00
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	968,00
Colectomia segmentaria	2.779,00
Colectomia segmentaria con linfoadenectomia ed eventuale colostomia	3.349,00
Colectomia totale	5.542,00
Colectomia totale con linfoadenectomia	6.235,00
Colotomia con colorrafia (come unico intervento)	1.799,00
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	922,00
Confezionamento di ilestomia continente (come unico intervento)	1.799,00
Corpi estranei del retto, estrazione per via addominale di	1.452,00
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	806,00
Digiunostomia (come unico intervento)	1.409,00
Diverticolo di Meckel, resezione di	1.084,00
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	1.409,00
Emicolectomia destra con linfoadenectomia	4.160,00
Emicolectomia sinistra con linfoadenectomia ed eventuale colostomia	4.550,00
Emorroidi (trattamento con legatura elastica) (*)	800,00
Emorroidi e/o ragadi intervento radicale (qualsiasi tecnica)	1.938,00
Emorroidi interne, iniezione sclerosanti delle (a seduta) (*)	89,00
Enterostomia (come unico intervento)	1.619,00
Fistola anale	900,00
Fistole anali, laserchirurgia per trattamento (completo)	707,00
Hartmann, intervento	2.808,00
Ileostomia (come unico intervento)	1.529,00

Prestazione	€
Incontinenza anale, intervento per	1.660,00
Intestino, resezione dell'	3.336,00
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	2.779,00
Megacolon, intervento per	4.162,00
Megacolon: colostomia	1.244,00
Mikulicz, estrinsecazione secondo	1.084,00
Polipectomia per via laparotomica	1.084,00
Polipo rettale, asportazione di (*)	660,00
Procto-colectomia totale con pouch ileale	4.354,00
Prolasso rettale, intervento transanale per	1.084,00
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	1.613,00
Resezione anteriore retto-colica compresa linfoadenectomia ed eventuale colostomia	4.070,00
Retto, amputazione del, per neoplasia dell' ano, con linfoadenectomia inguinale bilaterale	4.384,00
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfoadenectomia, del	4.226,00
Sfinterotomia (come unico intervento)	518,00
Sigma, miotomia del	1.958,00
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	2.679,00
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	2.138,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici chirurgia generale - parete addominale	**€**
Unitamente alla documentazione clinica occorre presentare i referti degli accertamenti preventivamente svolti che indichino la natura funzionale dell'intervento.	
Cisti, ematomi, ascessi, neoplasia benigna, flemmoni parete addominale	500,00
Diastasi dei retti addominali di dimensioni superiori a 5 cm, intervento per (come unico intervento)	1.000,00
Ernia crurale recidiva (comprensiva di ernioplastica protesica)	1.326,00
Ernia crurale semplice (comprensiva di ernioplastica protesica)	1.237,00
Ernia crurale strozzata (comprensiva di ernioplastica protesica)	1.725,00
Ernia diaframmatica	1.370,00
Ernia epigastrica (comprensiva di ernioplastica protesica)	1.245,00
Ernia epigastrica strozzata o recidiva (comprensiva di ernioplastica protesica)	1.862,00

Prestazione	€
Ernia inguinale bilaterale (comprensiva di ernioplastica protesica)	1.800,00
Ernia inguinale con ectopia testicolare (comprensiva di ernioplastica protesica)	1.352,00
Ernia inguinale recidiva (comprensiva di ernioplastica protesica)	1.352,00
Ernia inguinale semplice (comprensiva di ernioplastica protesica)	1.500,00
Ernia inguinale strozzata (comprensiva di ernioplastica protesica)	1.758,00
Ernia ombelicale	1.619,00
Ernia ombelicale recidiva	1.352,00
Ernie rare (ischiatica, otturatoria, lombare, perineale)	1.071,00
Laparocele, intervento per	1.613,00
Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	1.619,00
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	1.679,00
Puntura esplorativa addominale (*)	147,00
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	1.529,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici chirurgia generale - peritoneo	€
Ascesso del Douglas/Cavo retto vescicale, drenaggio	1.370,00
Ascesso sub-frenico, drenaggio	1.384,00
Laparoscopia esplorativa/diagnostica	488,00
Laparoscopia operativa	913,00
Laparotomia con lesione di organi interni perenchimali che richiedono emostasi	2.834,00
Laparotomia con resezione intestinale	3.507,00
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	1.799,00
Laparotomia per contusioni e ferite dell'addome senza lesioni di organi interni	1.958,00
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi	3.757,00
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	2.422,00
Laparotomia per peritonite diffusa	2.128,00
Laparotomia per peritonite saccata	1.499,00
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	992,00
Lavaggio peritoneale diagnostico	245,00
Linfoadenectomia laparotomica/laparoscopica (come unico intervento)	2.600,00

Prestazione	€
Occlusione intestinale con resezione	3.684,00
Occlusione intestinale senza resezione	2.550,00
Paracentesi (*)	190,00
Tumore retroperitoneale, exeresi di	3.149,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi di chirurgia bariatrica (solo su prescrizione di specialista endocrinologo, cardiologo o internista e per soggetti con BMI maggiore di 30)	**€**
2° tempo di diversione bilio pancreatica con duodenal switch (dopo slevee gastrectomy)	4.441,00
Applicazione stent biliare	460,00
bendaggio gastrico regolabile per via laparoscopica	2.850,00
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	2.061,00
diversione bilio pancreatica laparoscopica (standard Sec Scopinaro o con duodenal switch)	4.845,00
gastrectomia verticale laparoscopica (slevee gastrectomy)	3.230,00
gastric by-pass per via laparoscopica	4.441,00
Posizionamento di palloncino intragastrico per via endoscopica in day surgery	720,00
Posizionamento di palloncino intragastrico per via endoscopica in ricovero	900,00
Rimozione bendaggio gastrico regolabile per via laparoscopica	2.375,00
Rimozione o sostituzione port sottocutaneo	540,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici chirurgia generale - fegato e vie biliari	**€**
Agobiopsia/agoaspirato (*)	245,00
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	3.349,00
Asportazione angioma di organi intraddominali	500,00
Asportazione endoscopica litiasi biliare	1.522,00
Biopsia epatica con laparotomia (come unico intervento)	879,00
Calcolosi intraepatica, intervento per	2.550,00
Cisti da echinococco multiple, pericistectomia	2.576,00
Cisti da echinococco, ascessi epatici	2.061,00
Colecistectomia per via laparoscopica	2.613,00
Colecistectomia per via laparotomica	2.822,00

Prestazione	€
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	2.550,00
Colecistostomia per neoplasie non resecabili	2.826,00
Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia	3.995,00
Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colecistectomia	3.544,00
Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia	4.237,00
Coledoctomia e coledocolicotomia (come unico intervento)	3.458,00
Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	1.522,00
Deconnessione azygos-portale per via addominale	2.913,00
Drenaggio biliare per via endoscopica	900,00
Drenaggio bilio digestivo intraepatico	2.546,00
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	806,00
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	2.000,00
Papilla di Vater, exeresi	2.551,00
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	3.680,00
Papillotomia, per via endoscopica	1.522,00
Resezioni epatiche maggiori	4.468,00
Resezioni epatiche minori	3.316,00
Trapianto di fegato	22.536,00
Vie biliari, interventi palliativi	3.310,00
Vie biliari, reinterventi	3.316,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici chirurgia generale - pancreas - milza	**€**
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	319,00
Ascessi pancreatici, drenaggio di	1.258,00
Biopsia con laparotomia (come unico intervento)	1.143,00
Denervazioni pancretiche, (come unico intervento)	2.679,00
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	3.215,00
Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfoadenectomia	6.500,00
Fistola pancreatica, intervento per	3.449,00
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	3.349,00

Prestazione	€
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	4.619,00
Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfoadenectomia	3.684,00
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfoadenectomia)	4.619,00
Pancreatite acuta, interventi conservativi	2.679,00
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	4.619,00
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	3.013,00
Splenectomia	3.315,00
Interventi chirurgici chirurgia oro-maxillo-facciale	**€**
Angioplastica (qualunque numero, escluso costo Stent) compresa di eventuale arteriografia propedeutica	2.000,00
Artroscopia, artrocentesi temporo-mandibolare (compreso medicamento)	400,00
Calcolo salivare, asportazione di	585,00
Condilectomia (come unico intervento)	914,00
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell' articolazione temporo mandibolare bilaterale	2.831,00
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell' articolazione temporo-mandibolare monolaterale	1.522,00
Corpi estranei profondi di tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	779,00
Corpi estranei superficiali dei tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazionedi	325,00
Correzione di esiti di labioschisi	1.369,00
Correzione di naso da labioschisi	1.641,00
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata) (*)	325,00
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	833,00
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	1.088,00
Formazioni cistiche endoparotidee, enucleoresezione di	1.513,00
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	914,00
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	3.002,00
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	2.014,00
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	1.522,00
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	779,00
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	390,00
Labioalveoloschisi bilaterale	2.546,00
Labioalveoloschisi monolaterale	1.598,00

Prestazione	€
Labioschisi (semplice) monolaterale	1.139,00
Labioschisi bilaterale	2.267,00
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	1.522,00
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	3.316,00
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento laterocervicale funzionale o radicale	5.168,00
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	1.979,00
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	1.153,00
Lussazione mandibolare, lussazione menisco monolaterale terapiachirurgica	1.139,00
Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, lateroderivazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)	6.095,00
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	3.501,00
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	3.501,00
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	3.787,00
Meniscectomia dell' articolazione temporo-mandibolare (come unico intervento)	1.190,00
Neoformazioni endossee di grandi dimensioni, exeresi di	1.190,00
Neoformazioni endossee di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, tours palatino e mandibolare), exresi di	914,00
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	3.125,00
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	1.619,00
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di (*)	270,00
Palatoschisi parziale	1.598,00
Palatoschisi totale	2.266,00
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	2.546,00
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	1.598,00
Parotidectomia	2.340,00
Plastica di fistola palatina	1.190,00
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	725,00
Ranula, asportazione di	590,00
Ricostruzione con innesti ossei dei mascellari	2.351,00
Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	2.271,00

Prestazione	€
Scappucciamento osteomucoso dente semincluso (*)	160,00
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	779,00
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	1.520,00
Valutazione elettrognatomiografica delle A.T.M.	80,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici chirurgia plastica ricostruttiva eseguibili solo in forma indiretta	**€**
Allestimento lembo peduncolato	1.015,00
Cicatrici del tronco o degli arti di grandi dimensioni, correzione di (escluso espansore) - necessario reperto fotografico pre-intervento	922,00
Cicatrici del viso di grandi dimensioni, correzione di - necessario reperto fotografico pre-intervento	922,00
Ginecomastia bilaterale (dietro presentazione referto istologico)	2.061,00
Ginecomastia monolaterale (dietro presentazione referto istologico)	1.153,00
Iniezione compositi (*)	879,00
Iniezione intracheloidea (*) massimo 3 all'anno (01/01 - 31/12)	55,00
Innesto dermo epidermico adiposo o cutaneo libero o di mucosa (escluso lipofilling)	733,00
Innesto di fascia lata	733,00
Innesto di nervo o di tendine	2.061,00
Innesto osseo o cartilagineo	1.153,00
Intervento di push-back e faringoplastica	1.613,00
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva a seguito di neoplasie	1.384,00
Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per	922,00
Malformazione semplice delle mani e dei piedi (sindattilia, polidattilia)	1.384,00
Malformazioni complesse delle mani e dei piedi (trattamento completo)	2.318,00
Melanoma del capo con presentazione di referto istologico	1.560,00
Modellamento di lembo in situ	842,00
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	1.153,00
Plastica a «Z» del volto	879,00
Plastica a «Z» in altra sede - per lesioni di dimensioni superiori a 5 cm (necessario reperto fotografico preintervento)	733,00
Plastica V/Y, Y/V - per lesioni di dimensioni superiori a 5 cm (necessario reperto fotografico pre-intervento)	842,00

Prestazione	€
Ptosi palpebrale bilaterale, intervento per (escluse finalità estetiche, con presentazione di campo visivo preintervento)	1.500,00
Ptosi palpebrale monolaterale, intervento per (escluse finalità estetiche, con presentazione di campo visivo preintervento)	750,00
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto	1.384,00
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto	922,00
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di dimensioni superiori a 5 cm (necessario reperto fotografico pre-intervento)	1.384,00
Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo di dimensioni superiori a 5 cm (necessario reperto fotografico preintervento)	1.384,00
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	1.153,00
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo di dimensioni superiori a 5 cm (necessario reperto fotografico pre-intervento)	2.061,00
Riparazione di P.S.C. o esiti ciatriziali mediante espansore tissutale per tempo chirurgico, (escluso espansore) (necessario reperto fotografico pre-intervento)	1.153,00
Toilette di ustioni di grandi estensioni (prestazione ambulatoriale) (*)	163,00
Toilette di ustioni di piccole estensioni (prestazione ambulatoriale) (*)	82,00
Trasferimento di lembo libero microvascolare	2.731,00
Trasferimento di lembo libero peduncolato	922,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici chirurgia toraco-polmonare	**€**
Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	145,00
Agobiopsia Tc guidata	407,00
Ascessi, interventi per	1.384,00
Bilobectomie, intervento di	4.420,00
Biopsia laterocervicale	245,00
Biopsia sopraclaveare	245,00
Broncoinstillazione endoscopica (*)	147,00
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	2.061,00
Decorticazione pleuro polmonare, intervento di	2.576,00
Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di ascessi	806,00
Drenaggio cavità empiematica	879,00
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	660,00

Prestazione	€
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	488,00
Enfisema bolloso, trattamento chirurgico	1.660,00
Ernie diaframmatiche traumatiche	2.576,00
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	2.318,00
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	1.176,00
Ferite con lesioni viscerali del torace	2.138,00
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	3.968,00
Fistole esofago-bronchiali, interventi di	2.808,00
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	1.176,00
Fratture costali o sternali, trattamento conservativo	245,00
Instillazione medicamentosa endopleurica isolata (*)	98,00
Interventi in videotoracoscopia	537,00
Lavaggio bronco alveolare endoscopico	294,00
Lavaggio pleurico (*)	98,00
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flail chest)	2.190,00
Lembo mobile toracico (flail chest), trattamento conservativo del	968,00
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	2.854,00
Mediastinoscopia diagnostica	537,00
Mediastinoscopia operativa	806,00
Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico	537,00
Neoformazioni costali localizzate	757,00
Neoformazioni del diaframma	2.660,00
Neoformazioni della trachea	992,00
Neoplasie e/o cisti del mediastino	5.434,00
Neoplasie maligne coste e/o sterno	2.158,00
Neoplasie maligne della trachea	5.434,00
Pleurectomia	2.679,00
Pleurodesi in videotoracoscopia	1.613,00
Pleuropneumectomia	6.224,00
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	879,00

Prestazione	€
Pneumectomia, intervento di ($)	5.894,00
Pneumotorace terapeutico	370,00
Puntato sternale o midollare (*)	147,00
Puntura esplorativa del polmone	298,00
Relaxatio diaframmatica	2.473,00
Resezione bronchiale con reimpianto	5.526,00
Resezione di costa soprannumeraria	2.061,00
Resezione segmentaria o lobectomia	3.349,00
Resezioni segmentarie atipiche	3.349,00
Resezioni segmentarie tipiche	4.420,00
Sindromi stretto toracico superiore	2.061,00
Timectomia	3.013,00
Torace carenato o escavato, trattamento chirurgico correttivo	2.576,00
Toracentesi (*)	190,00
Toracoplastica, primo tempo ($)	2.576,00
Toracoplastica, secondo tempo ($)	1.245,00
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	1.384,00
Tracheo- broncoscopia esplorativa	497,00
Tracheo- broncoscopia operativa	914,00
Trapianto di polmone ($)	24.111,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Per le voci contrassegnate dal simbolo ($), la Cassa prevede un innalzamento del massimale di Euro 1.500,00 per le terapie contrassegnate dal simbolo (F), nei casi di: Esiti di eventi cerebrovascolari acuti o cronici; malattie degenerative neurologiche e/o neuromuscolari; esiti di cardiopatia ischemica o in fase di scompenso; broncopneumopatia cronica con grave insufficienza respiratoria in ossigenoterapia; riabilitazione motoria post intervento chirurgico, se fatturate entro 120 giorni dalla data del ricovero presso la struttura ove è avvenuto il trattamento.	
Interventi chirurgici chirurgia vascolare	€
Aneurisma aorta addominale (trattamento con Stent endovascolare)	3.900,00
Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	5.434,00
Aneurismi arterie distali degli arti	2.551,00
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici	2.831,00

Prestazione	€
Angioplastica arteriosa (carotidea, arti inferiori - come unico intervento)	3.088,00
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	3.428,00
Bendaggio elasto-compressivo arti inferiori (*)	54,00
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio	3.680,00
By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale	3.680,00
By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale	3.680,00
By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	3.680,00
Elefantiasi degli arti	2.831,00
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	2.831,00
Embolizzazione (compreso esame angiografico e/o arteriografico)	500,00
Fasciotomia decompressiva	660,00
Iniezione endoarteriosa (*)	77,00
Iniezione sclerosante (*) massimo 6 sedute per anno	56,00
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	935,00
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca	1.615,00
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea -omerale-mammaria interna- brachiale-ascellare-gluteacarotide- vertebrale-succlavia-anonima	935,00
Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale- tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radicale- cubitaliarcate palmari/pedide	660,00
Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni	2.834,00
Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento) ($)	5.100,00
Safenectomia (con terapia laser/scleroterapia con mousse), trattamento completo (*)	1.000,00
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni con metodica CHIVA	2.400,00
Sindromi neurovascolari degli arti inferiori	2.576,00
Termoablazione delle vene varicose (*)	1.000,00
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	1.037,00
Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	2.834,00
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	3.400,00
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	3.400,00
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	2.061,00
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	3.400,00

Prestazione	€
Varicectomia (come unico intervento)	660,00
Varicectomia con legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	977,00
Varici recidive	1.650,00
Varicocele (scleroembolizzazione) (*)	1.630,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Per le voci contrassegnate dal simbolo ($), la Cassa prevede un innalzamento del massimale di Euro 1.500,00 per le terapie contrassegnate dal simbolo (F), nei casi di: Esiti di eventi cerebrovascolari acuti o cronici; malattie degenerative neurologiche e/o neuromuscolari; esiti di cardiopatia ischemica o in fase di scompenso; broncopneumopatia cronica con grave insufficienza respiratoria in ossigenoterapia; riabilitazione motoria post intervento chirurgico, se fatturate entro 120 giorni dalla data del ricovero presso la struttura ove è avvenuto il trattamento.	
Interventi chirurgici dermatologia	€
Nota Bene: ciascuna seduta deve essere fatturata singolarmente. Non saranno accettate fatture cumulative relative a sedute multiple.	
IL CONTRIBUTO MASSIMO È FISSATO IN EURO 500,00 PER ANNO (01/01 - 31/12)	
Asportazione di nevo con tecnica chirurgica - per seduta, indipendentemente dal numero di asportazioni - con presentazione di referto istologico (*)	250,00
Asportazione basalioma (per seduta, indipendentemente dal numero di asportazioni) - con presentazione di referto istologico (*)	250,00
Asportazione di nevo del viso con tecnica chirurgica - previa presentazione di reperto fotografico pre-intervento e con presentazione di referto istologico (per seduta, indipendentemente dal numero di asportazioni) (*)	500,00
Trattamento mediante crioterapia - diatermocoagulazione di verruche cutanee - per seduta, indipendentemente dal numero di asportazioni (*)	120,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici gastroenterologia ed endoscopia digestiva	€
Colonscopia totale operativa (*)	1.000,00
Colonscopia totale operativa con posizionamento endo-loop (*)	1.200,00
CPRE operativa	2.000,00
Dilatazione graduale del retto (per seduta) (*)	163,00
Ecoendoscopia dell'apparato digerente con eventuale agoaspirato	500,00
Esofagogastroduodenoscopia operativa (*)	1.000,00
Posizionamento endoprotesi esofagee (esclusa protesi)	1.247,00
Rettosigmoidoscopia operativa (*)	597,00
Trattamento endoscopico stenosi esofagee (1 seduta) (*)	977,00

Prestazione	€
Trattamento endoscopico stenosi esofagee (sedute successive) (*)	597,00
Trattamento endoscopico varici esofagee (1 seduta) (*)	597,00
Trattamento endoscopico varici esofagee (sedute successive) (*)	488,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici ginecologia	**€**
Adesiolisi	1.452,00
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	245,00
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	2.370,00
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	2.679,00
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	2.061,00
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	1.700,00
Applicazione/Rimozione IUD (escluso materiale)	180,00
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di (*)	298,00
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	1.037,00
Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	879,00
Aspirazione ecoguidata di cisti ovarica	400,00
Atrofia vaginale: Trattamento laser per seduta massimo 3 per anno (01/01 - 31/12) (*)	150,00
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio (*)	98,00
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di (*)	1.355,00
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	2.138,00
Cisti vaginale, asportazione di	488,00
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	488,00
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	1.176,00
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purolente	660,00
Conizzazione e tracheloplastica (*)	922,00
Denervazione vulvare	879,00
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva (*)	77,00
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit- Leufour endouterino	407,00
Eviscerazione pelvica	4.251,00
Exeresi di cisti ovarica per via laparoscopica	1.020,00

Prestazione	€
Fistole ureterali, vescicovaginale, rettovaginale, intervento per	2.138,00
Idrotubazione medicata (per seduta) (*)	77,00
Imenotomia-imenectomia (come unico intervento) (*)	298,00
Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale	2.087,00
Insufflazione tubarica	125,00
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfoadenectomia	6.793,00
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfoadenectomia	5.434,00
Isterectomia totale semplice con annessictomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, intervento di	4.755,00
Isteropessi	2.061,00
Isteroscopia operativa (*)	1.150,00
Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di (*)	300,00
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	785,00
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	879,00
Laparotomia esplorativa con linfoadenectomia lombo pelvica selettiva e bioptica	2.834,00
Laparotomia per ferite e rotture dell' utero	1.958,00
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta) (*) massimo 3 all'anno (01/01 - 31/12)	87,00
Linfoadenectomia laparotomica (come unico intervento)	2.158,00
Metroplastica (come unico intervento)	2.318,00
Miomectomie per via laparotomica e/o laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	2.200,00
Miomectomie per via vaginale	1.084,00
Neoformazioni della vulva, asportazione (*)	353,00
Neurectomia semplice	1.660,00
Plastica con allargamento dell' introito (compreso intervento per vaginismo)	1.084,00
Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di	2.061,00
Plastica vaginale anteriore, intervento di	1.084,00
Plastica vaginale posteriore, intervento di	1.084,00
Polipi cervicali, asportazione di (*)	147,00
Polipi orifizio uretrale esterno (*)	245,00
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	2.061,00
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	806,00

Prestazione	€
Puntura esplorativa del cavo di Douglas (*)	190,00
Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico (*)	660,00
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	2.318,00
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	1.613,00
Salpingectomia bilaterale	2.158,00
Salpingectomia monolaterale	1.888,00
Salpingoplastica	2.061,00
Setto vaginale, asportazione chirurgica	806,00
Tracheloplastica (come unico intervento)	879,00
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	2.138,00
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparoscopica localizzazioni endometriosiche addominopelviche- annessiali	3.705,00
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addominopelviche- annessiali	2.472,00
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparoscopica localizzazioni endometriosiche addo-minopelviche- annessiali	2.251,00
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addo-minopelviche- annessiali	2.061,00
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	1.499,00
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparatomica localizzazioni endometriosiche addominopelviche annessiali	3.215,00
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparoscopica localizzazioni endometriosiche addominopelviche-annessiali	1.700,00
Tumori maligni vaginali con linfoadenectomia, intervento radicale per	5.158,00
Tumori maligni vaginali senza linfoadenectomia, intervento radicale per	3.349,00
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico (*)	87,00
Vulvectomia parziale	1.176,00
Vulvectomia parziale con linfoadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	1.799,00
Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	5.526,00
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	2.545,00
Vulvectomia totale	2.779,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	

Prestazione	€
Interventi chirurgici neurochirurgia	€
Anastomosi spino-facciale e simili	2.179,00
Anastomosi vasi intra-extra cranici	3.995,00
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per ($)	4.642,00
Carotide endocranica, legatura della ($)	2.959,00
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni via posteriore ($)	3.571,00
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni via transorale ($)	5.508,00
Compressione del G. di Gasser con palloncino Fogarky	2.830,00
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di ($)	3.825,00
Corpo estraneo intracranico, asportazione di ($)	3.571,00
Cranioplastica ($)	4.275,00
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo ($)	2.501,00
Craniotomia per ematoma extradurale ($)	3.978,00
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali ($)	4.706,00
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali ($)	6.669,00
Derivazione liquorale diretta e indiretta, intervento per ($)	2.550,00
Encefalomeningocele, intervento per	3.825,00
Epilessia focale, intervento per	4.028,00
Ernia del disco dorsale o lombare compresa eventuale laminectomia decompressiva compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	4.000,00
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	4.750,00
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	4.540,00
Fistola liquorale	4.309,00
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	1.854,00
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	3.060,00
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	5.508,00
Iniezione di botulino per patologia neurologica a componente spastica (non per fini estetici) per seduta (*)	130,00
Ipofisi, intervento per via transfenoidale	4.080,00
Laminectomia ed esplorazione di tumori intra-durali extra midollari	6.669,00
Laminectomia ed esplorazione di tumori intramidollari	7.160,00

Prestazione	€
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	2.318,00
Malformazione aneurismatica (aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi)	7.160,00
Mielomeningocele, intervento per ($)	5.304,00
Neoplasie endocraniche, asportazione di ($)	5.902,00
Neoplasie endorachidee extradurali, asportazione di ($)	2.712,00
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	3.978,00
Neurolisi (come unico intervento)	992,00
Neurorrafia primaria (come unico intervento)	992,00
Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)	3.571,00
Neurotomia semplice (come unico intervento)	968,00
Plastica volta cranica ($)	3.060,00
Plesso brachiale, intervento sul ($)	2.225,00
Puntura epidurale (*)	147,00
Puntura lombare e relativa ricerca delle determinanti immunologiche e infettivologiche	300,00
Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	245,00
Rachicentesi per qualsiasi indicazione (*)	147,00
Registrazione continua della pressione intracranica	488,00
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	3.315,00
Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica ($)	2.550,00
Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica ($)	4.335,00
Simpatico cervicale: enervazione del seno carotideo, intervento sul	1.613,00
Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul (qualunque numero di segmenti)	2.000,00
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	1.613,00
Simpatico dorsale: gangliectomia lombare, intervento sul (qualunque numero di segmenti)	2.000,00
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi splancnici	2.086,00
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul (qualunque numero di segmenti)	2.000,00
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	1.613,00
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	1.153,00
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	1.613,00
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	1.613,00

Prestazione	€
Simpatico lombare: splacnicectomia, intervento sul	1.613,00
Stenosi vertebrale lombare di 1 livello compresa eventuale uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (salvo i casi descritti) come unico intervento	4.500,00
Stereotassi, intervento di Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	2.933,00
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici ($)	1.037,00
Termorizotomia dei nervi spinali (qualunque numero di segmenti)	2.500,00
Termorizotomia del G. di Gasser o altri nervi cranici	3.712,00
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare ($)	968,00
Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per ($)	4.309,00
Traumi vertebro-midollari via posteriore, intervento per ($)	3.315,00
Tumore orbitale, asportazione per via endocranica ($)	4.080,00
Tumori dei nervi periferici, asportazione di ($)	2.086,00
Tumori della base cranica, intervento per via transorale ($)	5.508,00
Tumori orbitali, intervento per via epipalpebrale ($)	3.315,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Per le voci contrassegnate dal simbolo ($), la Cassa prevede un innalzamento del massimale di Euro 1.500,00 per le terapie contrassegnate dal simbolo (F), nei casi di: Esiti di eventi cerebrovascolari acuti o cronici; malattie degenerative neurologiche e/o neuromuscolari; esiti di cardiopatia ischemica o in fase di scompenso; broncopneumopatia cronica con grave insufficienza respiratoria in ossigenoterapia; riabilitazione motoria post intervento chirurgico, se fatturate entro 120 giorni dalla data del ricovero presso la struttura ove è avvenuto il trattamento.	
Interventi chirurgici oculistica - orbita	**€**
Biopsia orbitaria	537,00
Cavità orbitaria, plastica per	1.084,00
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	968,00
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	707,00
Exenteratio orbitae	1.429,00
Iniezione endorbitale (*)	200,00
Operazione di Kronlein od orbitotomia	3.684,00
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	1.384,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici oculistica - sopracciglio	**€**
Cisti o corpi estranei, asportazione di(*)	98,00

Prestazione	€
Elevazione del sopracciglio, intervento per	879,00
Plastica per innesto	733,00
Plastica per scorrimento	537,00
Sutura ferite(*)	125,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici oculistica - palpebre	**€**
Ascesso palpebre, incisione di	74,00
Blefaroplastica solo a seguito di ferite o traumi (esclusa blefarocalasi) 1 palpebra	298,00
Blefaroplastica solo a seguito di ferite o traumi (esclusa blefarocalasi) altra palpebra	147,00
Calazio (*)	281,00
Cantoplastica	757,00
Elettrolisi delle ciglia (massimo due sedute)	41,00
Entropion-ectropion (*)	806,00
Epicanto-coloboma	879,00
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra - escluse finalità estetiche - (previa presentazione campo visivo)	407,00
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: ogni altra palpebra - escluse finalità estetiche - (previa presentazione campo visivo)	217,00
Ernie palpebrali, correzione di - escluse finalità estetiche - (previa presentazione campo visivo)	245,00
Piccoli tumori o cisti della palpebra, asportazione di (necessario reperto fotografico pre-intervento) (*)	281,00
Riapertura di anchiloblefaron (*)	147,00
Sutura cute palpebrale (come unico intervento) (*)	147,00
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	353,00
Tarsorrafia (come unico intervento)	488,00
Tumori, asportazione con plastica per innesto	1.037,00
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	707,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici oculistica - vie lacrimali	**€**
Chiusura del puntino lacrimale (*)	98,00
Chiusura del puntino lacrimale con protesi (*)	147,00

Prestazione	€
Dacriocistorinostomia o intubazione	1.037,00
Fistola, asportazione	435,00
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	77,00
Impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali (*)	245,00
Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	707,00
Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento) (*)	49,00
Sondaggio o lavaggio vie lacrimali (per seduta) (*)	41,00
Stricturotomia (come unico intervento) (*)	74,00
Vie lacrimali, ricostruzione	968,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici oculistica - congiuntiva	**€**
Corpi estranei, asportazione di (*)	60,00
Iniezione sottocongiuntivale (*)	41,00
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto (*)	707,00
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento (*)	586,00
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	174,00
Plastica congiuntivale per innesto	707,00
Plastica congiuntivale per scorrimento	537,00
Pterigio o pinguecola (*)	405,00
Sutura di ferita congiuntivale	147,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici oculistica - cornea	**€**
Cheratoplastica a tutto spessore	2.138,00
Cheratoplastica lamellare	1.384,00
Corpi estranei dalla cornea, estrazione di (*)	74,00
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	1.176,00
Crioapplicazioni corneali (*)	98,00
Epicheratoplastica	1.613,00
Innesto membrana amniotica	1.190,00

Prestazione	€
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	882,00
Odontocheratoprotesi	2.653,00
Paracentesi della camera anteriore	407,00
Sutura corneale (come unico intervento)	488,00
Tatuaggio corneale	488,00
Trapianto corneale a tutto spessore	3.800,00
Trapianto corneale lamellare	2.850,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici oculistica - cristallino	**€**
Cataratta con vitrectomia, asportazione di	3.000,00
Cataratta secondaria, discissione di (*)	488,00
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale pseudo accomodativo in camera anteriore o posteriore con correzione di difetti visivi e impianto di lente correttiva (costo della lente a carico paziente) (*)	1.920,00
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore (*)	660,00
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore (*)	1.068,00
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento) (*)	707,00
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento) (*)	1.176,00
Cristallino lussato, trattamento completo (*)	2.000,00
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore (*)	1.710,00
Uva cross-linking corneale per cheratocono (compresa applicazione di lente a contatto terapeutica ed esame OPD) (trattamento completo) (*)	500,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici oculistica - scelera	**€**
Sclerectomia	1.452,00
Sclerotomia (come unico intervento)	488,00
Sutura sclerale	586,00
Interventi chirurgici oculistica - operazione per glaucoma	**€**
Alcoolizzazione nervo cigliare, intervento per	488,00
Ciclodialisi	1.068,00
Ciclodiatermia perforante	660,00

Prestazione	€
Crioapplicazione antiglaucomatosa	298,00
Fotosclerectomia con laser ad eccimeri (per 2 occhi)	2.800,00
Fotosclerectomia con laser ad eccimeri (per occhio)	1.613,00
Goniotomia	1.068,00
Iridocicloretrazione	2.215,00
Microchirurgia dell' angolo camerulare	1.613,00
Operazione fistolizzante	1.613,00
Trabeculotomia/Trabeculectomia (*)	1.199,00
Viscocanalostomia + asportazione di cataratta + impianto di cristallino artificiale, intervento combinato	1.500,00
Viscocanalostomia (come unico intervento)	1.000,00
Viscocanalostomia + asportazione di cataratta, intervento combinato	1.200,00
Interventi chirurgici oculistica - iride	**€**
Cisti iridee, asportazione e plastica di	1.245,00
Iridectomia	922,00
Irido-dialisi, intervento per	1.245,00
Iridoplastica	879,00
Iridotomia	707,00
Prolasso irideo, riduzione	707,00
Sinechiotomia	806,00
Sutura dell'iride	806,00
Interventi chirurgici oculistica - retina	**€**
Criotrattamento (come unico intervento)	1.300,00
Diatermocoagulazione retinica per distacco	1.300,00
Iniezione intravitreale (compreso il costo del farmaco) (*)	800,00
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	2.600,00
Rimozione di silicone post vitrectomia	1.000,00
Vitrectomia anteriore o posteriore	2.473,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici oculistica - muscoli	**€**
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento	806,00

Prestazione	€
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento	1.176,00
Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di	806,00
Strabismo paralitico, intervento per	1.245,00
Interventi chirurgici oculistica - bulbo oculare	**€**
Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	968,00
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	2.318,00
Enucleazione con innesto protesi mobile	1.949,00
Enucleazione o exenteratio	1.619,00
Eviscerazione con impianto intraoculare	1.499,00
Interventi chirurgici oculistica - trattamenti laser	**€**
Il contributo per la chirurgia refrattiva viene riconosciuto in presenza di una delle seguenti affezioni: • miopia o ipermetropia con almeno 4 diottrie assommando una correzione mista sferica o cilindrica (per occhio); • anisometropia (minima differenza due diottrie); • intolleranza certificata dallo specialista all'uso di lenti a contatto.	
Chirurgia refrattiva (qualunque tecnica) per 1 occhio (*)	500,00
Chirurgia refrattiva (qualunque tecnica) per 2 occhi (*)	1.000,00
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, neovasicorneali (*)	210,00
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze(trattamento completo) (*)	480,00
Laserterapia iridea (per intero ciclo) (*)	385,00
Laserterapia lesioni retiniche(per intero ciclo) (*)	482,00
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta) (*)	160,00
Trattamenti laser per cataratta secondaria (*)	325,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - bendaggi	**€**
Bendaggio alla colla di zinco: coscia, gamba e piede (*)	98,00
Bendaggio alla colla di zinco: gamba e piede (*)	77,00
Bendaggio collare di Schanz (*)	77,00
Bendaggio con doccia di immobilizzazione: gomito e polso (*)	77,00
Bendaggio con doccia di immobilizzazione: in abduzione per arto superiore (*)	98,00
Bendaggio con doccia di immobilizzazione: per arto inferiore (*)	98,00
Bendaggio con medicazione (*)	49,00

Prestazione	€
Bendaggio secondo Desault: amidato o gessato (*)	147,00
Bendaggio secondo Desault: semplice (*)	98,00
Bendaggio semplice con ovatta e garza (*)	41,00
Bendaggio torace senza arto superiore (*)	41,00
Stecca di Zimmer per dito, applicazione di (*)	60,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - apparecchi gessati	€
Onorari per l'effettuazione di apparecchi gessati da parte di specialisti ortopedici	
Arto inferiore: coscia, gamba, piede (pelvipedidio) (*)	217,00
Arto inferiore: gamba, piede (gambaletto) (*)	147,00
Arto inferiore: ginocchiera (*)	147,00
Arto superiore: avambraccio e mano (*)	125,00
Arto superiore: braccio, avambraccio e mano (*)	190,00
Arto superiore: torace ed arto superiore (toraco brachiale) (*)	272,00
Calco di gesso per protesi arti (*)	147,00
Corsetto con spalle (*)	272,00
Corsetto senza spalle (*)	217,00
Corsetto speciale per scoliosi e/o cifosi (*)	353,00
Corsetto tipo Minerva (*)	326,00
Delbet (*)	98,00
Gypsotomia (*)	60,00
Pelvicondiloideo (*)	320,00
Pelvicondiloideo bilaterale (*)	413,00
Pelvimalleolare (*)	320,00
Pelvimalleolare bilaterale (*)	413,00
Pelvipedidio (*)	320,00
Pelvipedidio bilaterale (*)	413,00
Scarpetta gessata (*)	98,00
Stecca da dito (*)	60,00

Prestazione	€
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - lussazioni e fratture	€
Applicazione di filo o chiodo transcheletrico (*)	272,00
Applicazione di skin traction (*)	98,00
Riduzione incruenta di fratture: applicazione di filo o chiodo transcheletrico (*)	245,00
Riduzione incruenta di fratture: applicazione di skin traction (*)	98,00
Riduzione incruenta di fratture: colonna vertebrale (*)	876,00
Riduzione incruenta di fratture: grandi segmenti (*)	489,00
Riduzione incruenta di fratture: medi segmenti (anche clavicola) (*)	353,00
Riduzione incruenta di fratture: piccoli segmenti (*)	190,00
Riduzione incruenta di fratture-lussazioni: grandi articolazioni (*)	488,00
Riduzione incruenta di fratture-lussazioni: piccole articolazioni (*)	190,00
Riduzione incruenta di fratture-lussazioni: colonna vertebrale (*)	806,00
Riduzione incruenta di lussazione traumatica: colonna vertebrale (*)	806,00
Riduzione incruenta di lussazione traumatica: medie articolazioni (*)	298,00
Riduzione incruenta di lussazione traumatica: grandi articolazioni (*)	435,00
Riduzione incruenta di lussazione traumatica: piccole articolazioni (*)	147,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi incruenti	€
Mobilizzazione incruenta di rigidità: piccole articolazioni (*)	298,00
Mobilizzazione incruenta di rigidità: grandi articolazioni (*)	407,00
Mobilizzazione incruenta di rigidità: medie articolazioni (*)	353,00
Osteoclasia (*)	407,00
Torcicollo e scoliosi su letto speciale, correzione di (*)	407,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Per le voci contrassegnate dal simbolo ($), la Cassa prevede un innalzamento del massimale di Euro 1.500,00 per le terapie contrassegnate dal simbolo (F), nei casi di: Esiti di eventi cerebrovascolari acuti o cronici; malattie degenerative neurologiche e/o neuromuscolari; esiti di cardiopatia ischemica o in fase di scompenso; broncopneumopatia cronica con grave insufficienza respiratoria in ossigenoterapia; riabilitazione motoria post intervento chirurgico, se fatturate entro 120 giorni dalla data del ricovero presso la struttura ove è avvenuto il trattamento.	

Prestazione	€
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi cruenti	€
Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica e metodica. Per trattamento completo si intende anche eventuale neurolisi e/o sinoviectomia nell'ambito dell'intervento principale.	
Acromioplastica anteriore	2 .630,00
Agoaspirato osseo (*)	147,00
Alluce valgo (qualsiasi tecnica)	1.500,00
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo) ($)	2.318,00
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo) ($)	4.076,00
Amputazione medi segmenti (trattamento completo) ($)	2.470,00
Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)	1.105,00
Artrocentesi (*)	65,00
Artrocentesi con introduzione di medicamento (*)	77,00
Artrodesi vertebrale per via anteriore o spondilolistesi ($)	4.000,00
Artrodesi vertebrale per via posteriore ($)	3.968,00
Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore ($)	4.500,00
Artrodesi: grandi articolazioni ($)	2.545,00
Artrodesi: medie articolazioni	1.080,00
Artrodesi: piccole articolazioni	857,00
Artrolisi: grandi articolazioni	1.139,00
Artrolisi: medie articolazioni	1.080,00
Artrolisi: piccole articolazioni	868,00
Artroplastiche con materiali biologici: grandi articolazioni	2.545,00
Artroplastiche con materiali biologici: medie articolazioni	1.348,00
Artroplastiche con materiali biologici: piccole articolazioni	868,00
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo) ($)	5.500,00
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo) ($)	7.000,00
Artroprotesi: ginocchio ($)	7.000,00
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica ($)	3.684,00
Artroprotesi: Metatarso-falangea e/o interfalangea ($)	2.678,00
Artroprotesi: polso ($)	3.684,00
Artroprotesi: spalla, parziale ($)	4.800,00

Prestazione	€
Artroprotesi: spalla, totale ($)	6.000,00
Artroscopia operativa $	2.400,00
Artroscopia operativa anca $	4.000,00
Ascesso freddo, drenaggio di (*)	147,00
Biopsia articolare (*)	298,00
Biopsia ossea (*)	298,00
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrale	1.176,00
Biopsia vertebrale a cielo aperto	806,00
Borsectomia	698,00
Calcaneo stop	806,00
Chemonucleolisi per ernia discale	3.240,00
Cisti del Becker, asportazione di	1.499,00
Cisti meniscale o parameniscale, asportazione di	1.468,00
Condrectomia	435,00
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	1.084,00
Costola cervicale e “outlet syndrome”, intervento per	2.061,00
Costruzione di monconi cinematici	1.384,00
Disarticolazione interscapolo toracica ($)	4.251,00
Disarticolazioni, grandi articolazioni ($)	3.968,00
Disarticolazioni, medie articolazioni ($)	2.318,00
Disarticolazioni, piccole articolazioni ($)	1.084,00
Drenaggio ematoma profondo organizzato sottofasciale	500,00
Elsmie-Trillat, intervento di	1.408,00
Emipelvectomia ($)	3.968,00
Emipelvectomie “interne” con salvataggio dell’ arto ($)	5.045,00
Epifisiodesi	1.660,00
Ernia del disco con artrodesi intersomatica	5.045,00
Ernia del disco dorsale e/o lombare	3.904,00
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	5.873,00
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	4.750,00

Prestazione	€
Esostosi semplice, asportazione di	1.658,00
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	586,00
Infiltrazione Anca (*)	120,00
Infiltrazione TC guidata (*)	200,00
Laterale release	1.500,00
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di ($)	2.470,00
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di ($)	4.076,00
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia) ricostruzione di ($)	4.742,00
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per ($)	4.755,00
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo) ($)	2.204,00
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili (trattamento completo) ($)	2.432,00
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo) ($)	2.888,00
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo) ($)	1.292,00
Microdiscectomia percutanea	3.500,00
Midollo osseo, espianto di	660,00
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	2.678,00
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	1.452,00
Osteosintesi vertebrale ($)	3.400,00
Osteosintesi: grandi segmenti ($)	3.750,00
Osteosintesi: medi segmenti ($)	2.500,00
Osteosintesi: piccoli segmenti	1.304,00
Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)	1.245,00
Osteotomia semplice	1.139,00
Perforazione alla Boeck	407,00
Prelievo di trapianto osseo con innesto	1.084,00
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	3.750,00
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	2.109,00
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	1.348,00
Puntato tibiale o iliaco (*)	98,00
Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	2.834,00

Prestazione	€
Reimpianti di arto o suo segmento ($)	8.656,00
Resezione articolare	1.384,00
Resezione del sacro	2.061,00
Resezione ossea	1.384,00
Revisione di protesi d'anca ($)	5.500,00
Revisione di protesi ginocchio ($)	5.500,00
Riallineamento metatarsale	2.109,00
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale ($)	2.834,00
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni ($)	1.660,00
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie o piccole articolazioni ($)	806,00
Rimozione mezzi di sintesi	1.216,00
Rottura cuffia rotatoria della spalla, riparazione compreso eventuale accesso artroscopico ($)	2.380,00
Scapulopessi	1.476,00
Scoliosi, intervento per	4.251,00
Sinovialectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	1.630,00
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	990,00
Stenosi vertebrale lombare più livelli compresa eventuale uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (salvo i casi descritti) come unico intervento	5.000,00
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento ($)	2.318,00
Tetto cotiloideo, ricostruzione di ($)	2.061,00
Toilette chirurgica e piccole suture	147,00
Trapianto di midollo osseo (omnicomprensivo di servizi ed atti medici)	15.457,00
Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla ($)	2.470,00
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di ($)	3.349,00
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	1.613,00
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	781,00
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali , asportazione di ($)	4.534,00
Vertebroplastica o cifoplastica	1.000,00
Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo) ($)	4.534,00
Volkmann, intervento per retrazioni ischemiche	2.318,00

Prestazione	€
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Per le voci contrassegnate dal simbolo ($), la Cassa prevede un innalzamento del massimale di Euro 1.500,00 per le terapie contrassegnate dal simbolo (F), nei casi di: Esiti di eventi cerebrovascolari acuti o cronici; malattie degenerative neurologiche e/o neuromuscolari; esiti di cardiopatia ischemica o in fase di scompenso; broncopneumopatia cronica con grave insufficienza respiratoria in ossigenoterapia; riabilitazione motoria post intervento chirurgico, se fatturate entro 120 giorni dalla data del ricovero presso la struttura ove è avvenuto il trattamento.	
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia tendini - muscoli - aponevrosi - nervi periferici	€
Cisti tendinea (come unico intervento)	873,00
Deformità ad asola	2.109,00
Dito a martello	1.130,00
Gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	698,00
Neuroma di Morton, intervento per	1.677,00
Neurinomi, trattamento chirurgico di	1.289,00
Sindromi canalicolari del piede	1.499,00
Tenolisi (come unico intervento)	858,00
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	899,00
Tenorrafia complessa ($)	1.275,00
Tenotomia, miotomia, aponeurectomia (come unico intervento)	1.615,00
Torcicollo miogeno congenito, int. per	1.245,00
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	1.384,00
Per le voci contrassegnate dal simbolo ($), la Cassa prevede un innalzamento del massimale di Euro 1.500,00 per le terapie contrassegnate dal simbolo (F), nei casi di: Esiti di eventi cerebrovascolari acuti o cronici; malattie degenerative neurologiche e/o neuromuscolari; esiti di cardiopatia ischemica o in fase di scompenso; broncopneumopatia cronica con grave insufficienza respiratoria in ossigenoterapia; riabilitazione motoria post intervento chirurgico, se fatturate entro 120 giorni dalla data del ricovero presso la struttura ove è avvenuto il trattamento.	
Interventi chirurgici ostetricia	€
Aborto terapeutico	683,00
Amnioscopia (*)	98,00
Assistenza al parto a domicilio da parte di ostetrica professionista	300,00
Assistenza al parto a domicilio da parte di specialista ostetrico ginecologo	500,00
Assistenza ostetrica al parto	200,00
Cerchiaggio cervicale, applicazione e/o rimozione	660,00
Colpoperineorrafia per deiescenza sutura, intervento di	488,00

Prestazione	€
Cordocentesi	660,00
Embryo-transfer (solo per le iscritte alla Cassa) prestazione riconosciuta solo per l'atto operativo, non per le pratiche pre Embryo - Transfer. Max 3 prestazioni nell'intera vita associativa	1.300,00
Fetoscopia	660,00
Inseminazione artificiale intrauterina (solo per le iscritte alla Cassa)	500,00
Lacerazione cervicale, sutura di	407,00
Laparotomia esplorativa	879,00
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	1.958,00
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	298,00
Parto cesareo: conservativo o demolitivo (comprensivo dell'assistenza alla puerpera durante il ricovero e dell'assistenza neonatologica). La tariffa è comprensiva di eventuali miomectomie eseguite durante l'intervento	3.000,00
Parto naturale: eutocico, distocico, plurimo, podalico, prematuro, pilotato (comprensivo dell'eventuale secondamento manuale/strumentale, di qualsiasi atto operativo chirurgico, della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero e dell'assistenza neonatologica)	2.600,00
Revisione delle vie del parto, intervento per	660,00
Revisione di cavità uterina per aborto in atto- postabortivo-in puerperio, intervento per	660,00
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparatomica, intervento di	1.384,00
Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di	806,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - orecchio	**€**
Antroatticotomia con labirintectomia	2.834,00
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea	3.968,00
Ascesso del condotto, incisione di (*)	147,00
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea	3400,00
Atresia auris congenita completa	3.968,00
Atresia auris congenita incompleta	3.400,00
Cateterismo tubarico (per seduta) (*)	25,00
Corpi estranei dal condotto, asportazione per via naturale con lavaggio (*)	25,00
Corpi estranei dal condotto, asportazione strumentale (*)	77,00
Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	353,00
Fistole congenite, asportazione di	879,00

Prestazione	€
Mastoidectomia	1.384,00
Mastoidectomia radicale	2.834,00
Miringoplastica per via endoaurale	1.084,00
Miringoplastica per via retroauricolare	2.375,00
Miringotomia (come unico intervento) (*)	190,00
Neoplasia del padiglione, exeresi di	660,00
Neoplasie del condotto, exeresi	806,00
Nervo vestibolare, sezione del	5.873,00
Neurinoma dell' ottavo paio	6.121,00
Osteomi del condotto, asportazione di	660,00
Petrosectomia	4.817,00
Petrositi suppurate, trattamento delle	3.400,00
Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di (*)	298,00
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	2.138,00
Sacco endolinfatico, chirurgia del	2.834,00
Stapedectomia	3.240,00
Stapedotomia	3.394,00
Tappi di cerume, estrazione di (*)	25,00
Timpanoplastica con mastoidectomia	4.494,00
Timpanoplastica senza mastoidectomia	1.958,00
Timpanoplastica, secondo tempo di	968,00
Timpanotomia esplorativa	765,00
Tumori dell' orecchio medio, asportazione di	2.061,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - naso e seni paranasali	**€**
Adenoidectomia	977,00
Adenotonsillectomia	2.000,00
Atresia coanale, intervento per	1.628,00
Cisti e piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	435,00
Corpi estranei, asportazione di (*)	77,00

Prestazione	€
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	1.275,00
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	2.100,00
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	1.650,00
FESS per trattamento di sinusopatie croniche e/o poliposi (escluse finalità estetiche, comprovata da rinomanometria o TC pre-intervento)	3.000,00
Fistole oro antrali	488,00
Fratture delle ossa nasali, riduzioni di	1.100,00
Instillazione sinusale (per ciclo di terapia) (*)	77,00
Ozena, cura chirurgica dell'	977,00
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	660,00
Rinofima, intervento	1.000,00
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso (escluse finalità estetiche, comprovata da rinomanometria o TC pre-intervento)	2.300,00
Rinosettoplastica, revisione di interventi funzionali o ricostruttivi (escluse finalità estetiche, comprovata da rinomanometria o TC pre-intervento)	980,00
Seni paranasali, intervento per mucocele	3.000,00
Seni paranasali, intervento radicale bilaterale	3.800,00
Seni paranasali, intervento radicale monolaterale	2.700,00
Seno frontale, svuotamento per via esterna	1.200,00
Seno frontale, svuotamento per via nasale	1.200,00
Seno mascellare, puntura diameatica del (*)	125,00
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	1.800,00
Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale	1.600,00
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	2.600,00
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo e secondo grado monolaterale allargata	2.169,00
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	2.712,00
Setto-etmoidostenotomia decompressiva neurovascolare conservativa conturbinotomie funzionali	2.169,00
Settoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia e/o turbinoplastica (escluse finalità estetiche, comprovata da rinomanometria o TC pre-intervento)	2.300,00
Sinechie nasali, recisione di (*)	200,00
Speroni o creste del setto, asportazione di	400,00
Tamponamento nasale anteriore (*)	49,00

Prestazione	€
Tamponamento nasale antero-posteriore (*)	200,00
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	1.600,00
Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di	5.818,00
Turbinati medi, intervento su (come unico intervento)	1.300,00
Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento) (*)	250,00
Turbinati, decompressione dei (come unico intervento)	350,00
Turbinoplastica (come unico intervento)	1.300,00
Turbinotomia (come unico intervento)	500,00
Varici del setto, trattamento di (*)	125,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria -faringe - cavo orale - orofaringe - ghiandole salivari	**€**
Ascesso peritonsillare, incisione	245,00
Ascesso retro-faringeo o latero-faringeo	407,00
Corpi estranei endofaringei, asportazione di (*)	200,00
Fibroma rinofaringeo	2.375,00
Leucoplachia, asportazione	260,00
Neoplasie parafaringee	3.571,00
Tonsillectomia	1.683,00
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	900,00
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	3.325,00
Ugulotomia	300,00
Velofaringoplastica	2.508,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - laringe e ipofaringe	**€**
Adduttori, intervento per paralisi degli	2.834,00
Ascesso dell' epiglottide, incisione	298,00
Biopsia in laringoscopia (*)	123,00
Biopsia in microlaringoscopia	217,00
Cauterizzazione endolaringea (*)	82,00

Prestazione	€
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	1.700,00
Cordectomia	3.135,00
Cordectomia con il laser	2.834,00
Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	720,00
Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	1.476,00
Dilatazione laringea (per seduta) (*)	123,00
Laringectomia parziale	2.850,00
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	4.940,00
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale	6.175,00
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale	7.410,00
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	4.693,00
Laringocele	1.613,00
Laringofaringectomia totale	3.800,00
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	900,00
Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	1.530,00
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	660,00
Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del (*)	147,00
Papilloma laringeo	733,00
Pericondrite ed ascesso perilaringeo	733,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici urologia - piccoli interventi e diagnostica urologica	**€**
Cambio tubo cistostomico (*)	70,00
Cambio tubo pielostomico (*)	160,00
Cateterismo vescicale nell' uomo con patologia stenotica (unico trattamento) (*)	100,00
Cateterismo vescicale nella donna (come unico trattamento) (*)	50,00
Esame urodinamico completo (compresi eventuali test farmacologici) (*)	300,00
Parafimosi, riduzione incruenta di (*)	110,00
Rigidometria peniena notturna (3 notti - RIGISCAN) (*)	300,00
Terapia di condilomi (per seduta) (*)	87,00
Uretra, dilatazione con sonde morbide o rigide (per seduta) (*)	100,00

Prestazione	€
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici urologia - endoscopia diagnostica	€
Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento) (*)	195,00
Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale (*)	353,00
Cromocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale (*)	407,00
Cromocistoscopia per valutazione funzionale (*)	195,00
Peniscopia/Penoscopia	50,00
Ureteroscopia (omnicomprensiva) (*)	435,00
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico) (*)	163,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici urologia - endoscopia operativa	€
Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	922,00
Collo vescicale e prostata, resezione endoscopica del	2.061,00
Collo vescicale, resezione per sclerosi recidiva	879,00
Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	537,00
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali (per seduta)	435,00
Enucleo morcellazione di adenoma prostatico mediante laser ad Olmio HOLEP	3.325,00
Formazioni ureterali, resezione endoscopica di	1.037,00
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	1.700,00
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc.	1.800,00
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	1.037,00
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	407,00
Meatotomia uretrale (come unico intervento) (*)	245,00
Nefrostomia percutanea bilaterale	922,00
Nefrostomia percutanea monolaterale	660,00
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	2.375,00
Prostata, interventi con laser o metodiche interstiziali (*)	2.000,00
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	3.325,00
Reflusso vescico ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	1.084,00

Prestazione	€
Rimozione Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento) (*)	500,00
Rimozione Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento) (*)	400,00
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento) (*)	537,00
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento) (*)	407,00
Ureterocele, intervento endoscopico per	1.037,00
Uretrotomia endoscopica	879,00
Valvola uretrale,resezione endoscopica (come unico intervento)	660,00
Wall Stent per stenosi uretrali compresa nefrostomia	2.138,00
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	879,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici urologia - rene	€
Agobiopsia renale percutanea	245,00
Cisti renale per via percutanea, puntura di (*)	195,00
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	435,00
Cisti renale, resezione	922,00
Eminefrectomia	5.434,00
Laparatomia esplorativa del rene comprese eventuali biopsie	1.020,00
Litotripsia per calcolosi renale e/o ureterale bilaterale (tratt. completo)	4.180,00
Litotripsia per calcolosi renale e/o ureterale monolaterale (tratt. completo)	3.135,00
Lobotomia per ascessi pararenali	1.700,00
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	6.793,00
Nefrectomia polare	3.215,00
Nefrectomia semplice	2.138,00
Nefropessi	1.613,00
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	1.384,00
Nefroureterectomia radicale con linfoadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	8.892,00
Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale (compresa surrenectomia)	8.892,00
Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	1.452,00
Pielocentesi (come unico intervento)	435,00
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	2.576,00

Prestazione	€
Pielouretero plastica per stenosi del giunto	2.422,00
Surrenectomia (trattamento completo)	6.793,00
Trapianto di rene	24.111,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici urologia - uretere	**€**
Transuretero-ureteroanastomosi	1.452,00
Ureterocistoneostomia bilaterale	2.417,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	1.958,00
Ureterocutaneostomia bilaterale	2.061,00
Ureterocutaneostomia monolaterale	1.245,00
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale), intervento di	3.968,00
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di	2.576,00
Uretero-ileo-anastomosi bilaterale	4.817,00
Uretero-ileo-anastomosi monolaterale	3.684,00
Ureteroileocutaneostomia non continente	2.318,00
Ureterolisi più omentoplastica	1.084,00
Ureterolitotomia lombo-iliaca	1.613,00
Ureterolitotomia pelvica	1.958,00
Ureterosigmoidoscopia bilaterale	2.318,00
Ureterosigmoidoscopia monolaterale	1.958,00
Interventi chirurgici urologia - vescica	**€**
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	1.037,00
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	2.318,00
Cistectomia parziale semplice	1.660,00
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	8.892,00
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	6.793,00
Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovessciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	8.151,00
Cistolitotomia (come unico intervento)	879,00

Prestazione	€
Cistopessi	1.130,00
Cistorrafia per rottura traumatica	922,00
Cistostomia sovrapubica	537,00
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	2.576,00
Diverticulectomia	1.660,00
Estrofia vescicale (trattamento completo)	4.817,00
Fistola e/o cisti dell' uraco, intervento per	1.499,00
Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	1.084,00
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	3.684,00
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	2.834,00
Instillazioni vescicali (*)	150,00
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	3.400,00
Vescicoplastica antireflusso bilaterale	3.167,00
Vescicoplastica antireflusso unilaterale	2.318,00
Interventi chirurgici urologia - prostata	€
Agoaspirato/agobiopsia prostata (*)	174,00
Cura per affezione della prostata con prostathermer (per ciclo di cura annuale)	1.037,00
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	6.793,00
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	3.135,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici urologia - uretra	€
Calcoli o corpi estranei, rimozione di	468,00
Caruncola uretrale	488,00
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	879,00
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell' uretra	1.037,00
Epispadia e ipospadia balanica e uretroplastica, intervento per	2.576,00
Epispadia e ipospadia peniena e uretroplastica, intervento per	2.731,00
Fistole uretrali	1.958,00
Incontinenza urinaria, applcazione di sfinteri artificiali	1.452,00
Ipospadia scrotale o perineale, intervento per (trattamento completo-plastica)	2.834,00

Prestazione	€
Meatotomia e meatoplastica	586,00
Polipi del meato, coagulazione di	298,00
Prolasso mucoso uretrale	586,00
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	1.384,00
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	2.061,00
Rottura traumatica dell' uretra	1.384,00
Terapia rieducativa minzionale (per seduta) (*)	25,00
Uretrectomia totale	1.613,00
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	1.613,00
Uretroplastiche (lembi liberi o peduncolati), trattamento completo	2.318,00
Uretrostomia perineale	1.037,00
Le voci contrassegnate da asterisco (*) riguardano prestazioni eseguibili in ambulatorio chirurgico, per le quali la Cassa non riconosce l'applicazione della tariffa di sala operatoria né alcuna tipologia di degenza.	
Interventi chirurgici urologia - apparato genitale maschile	**€**
Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	488,00
Cisti del funicolo, didimo ed epididimo, exeresi	879,00
Deferenti, legatura dei (per patologie croniche)	660,00
Deferenti, ricanalizzazione dei	1.384,00
Emasculatio totale ed eventuale linfoadenectomia	4.420,00
Epididimectomia	1.469,00
Estrazione chirurgica di spermatozoi testicolari (TESE, o MICROTESE) bilaterale	325,00
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per (*)	720,00
Fistole scrotali o inguinali	1.084,00
Frenulotomia e frenuloplastica (*)	300,00
Funicolo, detorsione del	1.130,00
Idrocele, intervento per	879,00
Idrocele, puntura di (*)	123,00
Iniezione endocavernosa (*)	41,00
Interventi di legatura per impotenza da fuga venosa	1.452,00
Interventi per induratio penis plastica	2.318,00
Interventi sui corpi cavernosi (corporoplastiche, ecc...)	1.660,00

Prestazione	€
Noduli testicolari, esplorazione scrotale	1.000,00
Orchidopessi bilaterale	2.061,00
Orchidopessi monolaterale	1.384,00
Orchiectomia allargata con linfoadenectomia addominale	5.526,00
Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	1.499,00
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi	1.888,00
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi	1.199,00
Parafimosi, intervento per	537,00
Pene, amputazione parziale del	1.348,00
Pene, amputazione totale con linfoadenectomia	3.013,00
Pene, amputazione totale del	2.097,00
Pene, rivascolarizzazione per impotenza vasculogenita in microchirurgia	2.318,00
Posizionamento di protesi peniena	2.318,00
Priapismo (percutaneo), intervento per	922,00
Priapismo (shunt), intervento per	1.545,00
Scroto, resezione dello	707,00
Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	1.037,00
Tumori del testicolo con eventuale linfoadenectomia, interventi per	3.013,00
Varicocele con tecnica microchirurgica	2.061,00
Varicocele, intervento per	1.700,00

19. Presidi e protesi

Il rimborso è da riferire al costo della protesi. Gli eventuali costi per intervento chirurgico per l'applicazione sono presenti nelle rispettive branche.

Prestazione	€
Acquisto - una tantum di apparecchiature per monitoraggio domiciliare (nei casi di : cardiopatia cronica ischemica o aritmica, diabete mellito insulino dipendente, broncopneumopatie di grado elevato)	200,00
Acquisto una tantum di parrucca per alopecia post-chemioterapia antineoplastica	300,00
Apparecchio laringofono	326,00
Collare cervicale	120,00

Prestazione	€
Corsetto ortopedico per scoliosi	217,00
CPAP (acquisto apparecchiatura - una tantum)	500,00
Defibrillatore cardiaco impiantabile	9.273,00
Endo Loop Recorder (dispositivo)	1.500,00
Ginocchiera articolata post intervento chirurgico al ginocchio	163,00
Infusore continuo di farmaci antiblastici	2.061,00
Mitral clip (75% del costo fatturato)	-
Pace maker completo di accessori	2.576,00
Plantari ortopedici - su prescrizione dello specialista ortopedico o fisiatra, realizzato su misura dal tecnico ortopedico o podologo, per la terapia di : Neuroma di Morton; Alluce valgo; Spina calcaneare; Metatarsalgie (Max 1 paio per anno - 01/01-31/12)	150,00
Protesi acustica endoauricolare monolaterale, previa esibizione del referto dell'esame audiometrico eseguito presso ASL, in regime SSN	600,00
Protesi articolare	2.000,00
Protesi arto inferiore	1.245,00
Protesi arto superiore	1.221,00
Protesi endoesofagea	1.275,00
Protesi mammaria impiantabile (ciascuna) (escluse finalità estetiche)	217,00
Protesi oculare (occhio finto)	489,00
Protesi testicolare	298,00
Protesi vascolare	922,00
Reggiseno post mastectomia per neoplasia maligna, max 2 per anno (01/01-31/12)	50,00
Stent vascolari	733,00
Stent, altri tipi di	217,00
Tutore di funzione arto inferiore	163,00
Tutore di funzione arto superiore	190,00
Tutore di funzione tronco	137,00
Tutore di riposo o di posizione	71,00
Valvola cardiaca o protesi per difetto interatriale	2.300,00

20. Diaria per ricovero SSN

In caso di ricovero ordinario con pernottamento (esclusi day hospital, day surgery e cicli di ricoveri ordinari programmati), con costi interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN), l'Ente eroga una diaria di € 78,00 giornalieri per un periodo massimo di 60 giorni per anno legale (gennaio/dicembre) con esclusione dei primi 10 giorni. Ai fini del calcolo della diaria faranno fede i pernottamenti risultanti dalla cartella clinica.

Diaria per ricovero SSN – al giorno (ad esclusione dei primi 10 giorni)	78,00

21. Trapianto di organo

La Cassa rimborserà tutte le spese relative al prelievo dell'organo nonché una somma di € 78,00 giornalieri per l'eventuale familiare assistente per un periodo massimo di 30 giorni al di fuori della provincia di residenza dell'iscritto.

Diaria per ricovero SSN – al giorno (ad esclusione dei primi 10 giorni)	78,00

22. Ricovero all'estero

In caso di ricovero all'estero per intervento chirurgico comportante spese superiori a € 30.000,00 la Cassa indennizza le spese di trasporto (esclusi i mezzi propri) del solo assistito nella misura del 50% e sino ad un tetto massimo di € 2.066,00; per il familiare accompagnatore viene altresì riconosciuta una somma di € 78,00 giornalieri per ogni giorno di degenza all'estero fino al 45° giorno, con esclusione dei primi dieci giorni.

Diaria per ricovero SSN – al giorno (ad esclusione dei primi 10 giorni)	78,00

23. Decesso dell'iscritto

Assegno funerario: contributo di € 2.000,00 quale partecipazione alle spese. In allegato alla domanda gli eredi devono presentare il certificato di morte e l'atto notorio attestante il diritto all'eredità e, in caso di coeredi, la delega alla riscossione rilasciata ad uno di essi con l'indicazione del codice IBAN del designato alla riscossione dell'assegno.

24. Convenzioni dirette

Sono attive convenzioni dirette con strutture specialistiche a tariffe concordate. Le prestazioni sono erogate nei termini e modalità previsti dal Nomenclatore Tariffario vigente e salvo disponibilità della struttura in relazione agli accordi contrattuali.

Per tali prestazioni è prevista una partecipazione economica a carico dell'assistito, che verrà comunicata dal Centro stesso.

Procedura

1. dalla propria Area Riservata sul sito www.quas.it, l'iscritto dovrà richiedere il codice di prenotazione PNR (Patient Name Record)
2. Una volta ottenuto, l'iscritto può prenotare direttamente presso la struttura, comunicando il codice PNR e la diagnosi, o il sospetto diagnostico, riportati nella prescrizione medica

L'elenco aggiornato dei centri convenzionati è disponibile sul sito, sezione "Strutture sanitarie convenzionate".

Per accedere alle prestazioni in convenzione diretta (fatti salvi i Protocolli di Prevenzione) è necessaria la prescrizione medica con diagnosi o sospetto diagnostico, redatta da medico di base o specialista su propria carta intestata.

I ricoveri presso le strutture in convenzione possono essere autorizzati solo se finalizzati all'esecuzione di un intervento chirurgico programmato, cure chemioterapiche o in caso di parto.

Gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva non sono erogabili in forma diretta, anche se effettuati in conseguenza di altri atti operatori.

25. Prevenzione

25.1. Norme comuni agli esami di prevenzione

Le prestazioni che compongono i protocolli possono essere fruite solo nella loro totalità e non è possibile eseguire solo alcune delle prestazioni previste dal protocollo prescelto.

Ne consegue che, qualora vengano effettuati soltanto alcuni degli accertamenti previsti all'interno di ciascun protocollo, questi non potranno essere rimborsati come "prevenzione" e l'eventuale rimborso potrà essere riconosciuto solo per le prestazioni giustificate da regolare prescrizione medica contenente diagnosi o sospetto diagnostico.

Eventuali prestazioni aggiuntive rispetto a quelle elencate nei protocolli dovranno essere fatturate a parte e giustificate da prescrizione medica contenente diagnosi o sospetto diagnostico.

Gli iscritti possono accedere ai protocolli di prevenzione una sola volta per anno legale (01/01 – 31/12), scegliendo tra un singolo protocollo (A, B1, B2 o C) oppure una combinazione tra quelli ammessi (A+C, A+B1 oppure A+B2). Non è pertanto consentito effettuare, nello stesso anno, protocolli distinti in momenti diversi.

Per la fruizione dei protocolli eseguiti in forma indiretta

- è necessario effettuare gli accertamenti previsti all'interno dei protocolli presso la medesima struttura sanitaria, in un arco temporale di 30 giorni
- nel caso di combinazione di due pacchetti, l'iscritto dovrà eseguirli entrambi nell'arco temporale di 30 giorni e inviare la relativa documentazione di spesa in un'unica richiesta di rimborso
- la fruizione dei protocolli di prevenzione elencati e delle relative combinazioni non richiede alcuna preventiva autorizzazione e/o prescrizione medica, pertanto, sarà sufficiente inoltrare alla Cassa la richiesta di rimborso, che verrà erogato entro il limite massimo di importo previsto per ciascun intervento, allegando le relative fatture.

Per la fruizione dei protocolli eseguiti in forma diretta

- la quota a carico iscritto per ciascun protocollo è pari a 30 €
- qualora l'iscritto intenda eseguire protocolli combinati, dovrà:
- prenotare contestualmente i protocolli presso la struttura scelta, comunicando l'esatta combinazione (A+D, A+B oppure A+C)
- comunicare alla struttura un unico codice PNR

In caso di combinazione è prevista una quota a carico iscritto per ciascun protocollo (totale 60 € +bollo).

A. **Prevenzione cardiovascolare**
Spesa massima per gli assicurati di entrambi i sessi e di ogni età che si sottopongano ai seguenti accertamenti: 250,00
• Visita specialistica cardiologica
• Ecg basale
• Ecg da sforzo
• Ecocardiogramma

- Colesterolo totale
- Colesterolo HDL
- Colesterolo LDL
- Trigliceridi
- Glicemia

B. **Prevenzione donna fino a 45 anni di età**

Spesa massima autorizzata per i seguenti accertamenti: 200,00

- Visita specialistica ginecologica
- Paptest
- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica

C. **Prevenzione donna di età superiore a 45 anni**

Spesa massima autorizzata per i seguenti accertamenti: 230,00

- Visita specialistica ginecologica
- Paptest
- Ecografia pelvica
- Mammografia

D. **Prevenzione delle patologie oncologiche prostatiche**

Spesa massima autorizzata per i seguenti accertamenti: 170,00

- Visita specialistica urologica
- Dosaggio Psa
- Ecografia prostatica sovrapubica
- Antigene prostatico specifico libero (PSA FREE)

25.2. Combinazioni di protocolli

È possibile combinare 2 protocolli :

- A + B € 420,00
- A + C € 450,00
- A + D € 400,00

26. Prevenzione dell'infezione del Virus Influenzale

Nell'ottica della prevenzione delle infezioni da virus influenzali e delle loro complicanze, la Cassa riconoscerà il rimborso per la spesa sostenuta per l'acquisto del vaccino antinfluenzale non adiuvato. Per ottenere tale rimborso sarà necessario inviare la prescrizione del curante e lo scontrino parlante e/o ricevuta rilasciati dalla farmacia.

Vaccino anti influenzale	-

27. Profilassi contro il Virus del Papilloma Umano (HPV)

La Cassa prevede una tariffa di rimborso per il vaccino contro il virus HPV (virus del papilloma umano), comprensiva del costo del farmaco e della relativa somministrazione. Per ottenere il rimborso è necessario inviare i relativi documenti di spesa in una unica soluzione al termine del ciclo vaccinale accompagnati da una prescrizione medica.

Vaccino anti-HPV (Virus del papilloma umano), per ogni somministrazione – max 3 nella vita associativa	100,00

28. Nomenclatore tariffario per le prestazioni odontoiatriche

28.1. Premessa

Il Fondo riconosce unicamente le prestazioni elencate - effettuate da un professionista qualificato (medico chirurgo specialista in Odontoiatria, laureato in odontoiatria / igienista dentale) - così come indicate dalla modulistica che deve essere compilata, timbrata e sottoscritta dal professionista, indicando con precisione i denti trattati. E' consentito il rimborso della fattura di acconto solo in presenza della fattura di saldo con indicazione analitica delle prestazioni con il relativo importo. Tutte le prestazioni sono comprensive dell'anestesia locale laddove necessaria.

LA FATTURA DOVRÀ RIPORTARE, ALL'INTERNO DEL CORPO DELLA STESSA, IL DETTAGLIO ANALITICO DELLE SINGOLE PRESTAZIONI EFFETTUATE CON IL RELATIVO IMPORTO E ESSERE ACCOMPAGNATA DALLA RICEVUTA DEL PAGAMENTO AVVENUTO IN MODALITÀ TRACCIABILE (BANCOMAT, CARTA DI CREDITO, BONIFICO, ASSEGNO, ECC.). NON È POSSIBILE ACCETTARE ALLEGATI ALLE FATTURE O CORREZIONI SUCCESSIVE ALL'INTERNO DELLE FATTURE STESSE.

PER POTER PRESENTARE CORRETTAMENTE UNA RICHIESTA DI RIMBORSO PER PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE CHE SIA COMPLETA DI TUTTI GLI ELEMENTI NECESSARI AL RIMBORSO, CONSIGLIAMO DI FORNIRE AL PROPRIO DENTISTA COPIA DEL TARIFFARIO NOMENCLATORE VIGENTE E DELLA RELATIVA MINI GUIDA, DISPONIBILE SUL SITO ISTITUZIONALE DELLA CASSA ALL'INDIRIZZO WWW.QUAS.IT

NOTA BENE: IL MASSIMALE ANNUO (01/01 - 31/12) PER LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE È FISSATO IN € 10.000,00.

Per le prestazioni con rimborso in forma indiretta da parte del Fondo verrà applicata una compartecipazione alla spesa del 10% sulla quota rimborsabile. Per le prestazioni fruite presso i centri convenzionati in forma diretta verrà applicata a carico dell'iscritto una compartecipazione alla spesa che sarà preventivamente indicata dal centro stesso.

Prestazione	**€**
Parte generale	€
RILIEVO IMPRONTE E PREPARAZIONE MODELLI DI STUDIO	27,00
Igiene orale e parodontologia	€
ABLAZIONE TARTARO (1) (3)	80,00
LEVIGATURA DELLE RADICI E/O CURETTAGE GENGIVALE (PER QUADRANTE) (1) (2) (3)	90,00
LEGATURE DENTALI EXTRACORONALI (PER QUADRANTE) (2) (3)	70,00
LEGATURE DENTALI INTRACORONALI (PER QUADRANTE) (2) (3)	94,00
GENGIVECTOMIA (PER QUADRANTE) (4) (5)	122,00
CHIRURGIA MUCO GENGIVALE O ABBASSAMENTO DI FORNICE, PER ARCATA (INCLUSO QUALSIASI TIPO DI LEMBO, INCLUSA SUTURA) (4) (5)	200,00
AMPUTAZIONI RADICOLARI (ESCLUSO IL LEMBO DI ACCESSO) (4) (6)	94,00
CHIRURGIA OSSEA (INCLUSO IL LEMBO DI ACCESSO, INCLUSA SUTURA) TRATTAMENTO COMPLETO PER QUADRANTE (4) (5)	324,00
INNESTO AUTOGENO (SITO MULTIPLO INCLUSO LEMBO DI ACCESSO) (4) (5) (6)	405,00
INNESTO DI MATERIALE BIOCOMPATIBILE (QUALUNQUE NUMERO O SEDE DEGLI IMPIANTI) (4) (5) (6)	540,00
LEMBI (LIBERI O PEDUNCOLATI) PER LA CORREZIONE DI DIFETTI MUCO GENGIVALI -QUALUNQUE NUMERO E SEDE (4) (5) (6)	195,00
NOTE (1) L'ablazione del tartaro e la levigatura delle radici sono concedibili una volta per anno (01/01 - 31/12). (2) La Cassa non riconosce altre prestazioni parodontali sullo stesso dente se non è trascorso un anno (01/01 - 31/12) dalla precedente contribuzione. (3) Prestazioni alternative tra loro nello stesso piano di cura. (4) Prestazione non ripetibile prima di un anno (01/01 - 31/12). (5) Tali prestazioni non sono sovrapponibili tra loro nello stesso piano di cura sullo stesso elemento o settore. (6) La tariffa non va conteggiata per elemento ma si riferisce all'intera prestazione così come definita nel Nomenclatore.	
Implantologia	€
IMPIANTO OSTEOINTEGRATO per elemento - come unica prestazione (1)	1.000,00
INTERVENTO DI RIALZO DEL SENO MASCELLARE (PER I QUADRANTI SUPERIORI - TRATT. COMPLETO E NON RIPETIBILE)	350,00
MINI IMPLANT COMPRESI ATTACCHI DI PRECISIONE per elemento - come unica prestazione (1)	450,00

Prestazione	**€**
NOTE: Il prezzo va conteggiato per ogni singolo elemento. In caso di erogazione di un contributo, devono trascorrere almeno 5 anni dal precedente trattamento implantologico sul medesimo elemento. N.B. Per il rimborso delle prestazioni è necessario allegare alla domanda la documentazione comprovante le prestazioni eseguite (esempio: esame ortopanoramico, Certificato di conformità dell'impianto / Passaporto, Rx endorale, le quali dovranno riportare il nominativo del paziente e la data di effettuazione). LA CASSA NON PREVEDE ALCUN CONTRIBUTO PER PROVVISORI IN RESINA E CORONE FUSE FISSE SU IMPIANTO. (1) Tali prestazioni non sono sovrapponibili tra loro sullo stesso elemento.	
Chirurgia	€
ESTRAZIONE DI DENTE IN SOGGETTO SOTTOPOSTO A NARCOSI IN CIRCUITO (ESCLUSO COMP. ANESTESISTA) PER OGNI DENTE	70,00
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE	50,00
ESTRAZIONE DI DENTE O RADICE IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE	117,00
MEDICAZIONE CHIRURGICA (PER SEDUTA - MAX 3 SEDUTE)	23,00
APICECTOMIA (COMPRESA CURA CANALARE)	140,00
DISINCLUSIONE DENTI RITENUTI (PER CIASCUN ELEMENTO)	163,00
Protesi mobili definitive	€
APPARECCHIO SCHELETRATO (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata) (1)	504,00
PROTESI PARZIALE DEFINITIVA RIMOVIBILE comprensiva di ganci ed elementi (1)	400,00
PROTESI TOTALE DEFINITIVA RIMOVIBILE PER ARCATA CON DENTI IN RESINA O CERAMICA (1)	1.000,00
RIBASAMENTO DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALUNQUE SISTEMA)	94,00
RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALSIASI TIPO)	51,00
RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE (QUALSIASI TIPO) CON AGGIUNTA DI ELEMENTO (PER ELEMENTO)	81,00
SINGOLO ATTACCO DI SEMIPRECISIONE /PRECISIONE IN LNP o LP FUSO PREFABBRICATO	63,00

Prestazione	€
NOTE La Cassa interviene solo su protesi mobili definitive, scheletrati. Non sono concedibili interventi per protesi mobili provvisorie, provvisori in resina o corone fuse fisse. Per il rimborso delle prestazioni è necessario allegare alla domanda la documentazione comprovante le prestazioni eseguite (esempio: esame ortopanoramico, Rx endorale,Certificato di conformità. Quest'ultimo deve contenere il tipo di protesi ed essere debitamente sottoscritto dalla Ditta produttrice). Sulla documentazione deve essere chiaramente specificato, da parte del curante, il nominativo del paziente. In caso di erogazione di un contributo per la ricostruzione o sostituzione di uno o più elementi dentali, o dell'intera protesi rimovibile, devono essere trascorsi almeno 5 anni dal precedente trattamento protesico (misurati dalla data della prima fatturazione) per l'erogazione di un nuovo contributo per l'intervento protesico sullo stesso dente. Tale limite non sarà considerato nei confronti di iscritti che, entro il limite di tempo suindicato per il rinnovo delle protesi, presentino una sopravvenuta edentulia totale dell'arcata interessata, o per i casi di perdita di uno degli elementi naturali pilastro o di ancoraggio della protesi. Il limite dei 5 anni, inoltre, non sarà considerato nei casi di erogazione dei contributi riferiti a riparazioni o ribasamenti delle protesi totali. (1) Tali prestazioni non sono sovrapponibili tra loro sullo stesso elemento o settore.	
Terapie conservative	€
OTTURAZIONE IN CAVITÀ di 1a classe (1)	42,00
OTTURAZIONE IN CAVITÀ di 2a classe (1)	75,00
OTTURAZIONE IN CAVITÀ di 3a classe (1)	75,00
OTTURAZIONE IN CAVITÀ di 4a classe (1)	75,00
OTTURAZIONE IN CAVITÀ di 5a classe	38,00
ENDODONZIA (PRESTAZIONE AD UN CANALE) (COMPRESE RX)	90,00
ENDODONZIA (PRESTAZIONE A DUE CANALI) (COMPRESE RX)	149,00
ENDODONZIA (PRESTAZIONE A TRE CANALI) (COMPRESE RX)	194,00
ENDODONZIA (PRESTAZIONE A QUATTRO CANALI) (COMPRESE RX)	243,00
RICOSTRUZIONE CON ANCORAGGIO O PERNO AD ELEMENTO (1)	135,00
NOTE • Il trattamento canalare si intende comprensivo delle radiografie endorali. Qualora per un elemento dentale sia stato erogato un contributo per terapie conservative, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuovi contributi per terapie conservative se non trascorsi almeno diciotto mesi dalla precedente contribuzione misurati dalla data della prima fatturazione. (1) Tali prestazioni non sono sovrapponibili tra loro sullo stesso elemento.	
Diagnostica	€
DENTALSCAN 1 ARCATA	163,00
DENTALSCAN 2 ARCATE	233,00
ESAME DIRETTO GHIANDOLE SALIVARI	76,00
ESAME ELETTROMIOGRAFICO	162,00

Prestazione	€
ESAME KINESIOGRAFICO	180,00
ORTOPANTOMOGRAFIA OD ORTOPANORAMICA	44,00
RADIOGRAFIA ENDORALE MASSIMO 3 PER OGNI PIANO DI CURA	7,00
RADIOGRAFIA ENDORALE (PER ARCATA)	24,00
SCIALOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO	80,00
TELERADIOGRAFIA	38,00
NOTE • Il trattamento canalare si intende comprensivo delle radiografie endorali. • è possibile ottenere il rimborso di una sola radiografia endorale per elemento dentale.	

Assistenza alla persona non autosufficiente

Articolo 1 - Copertura per gli iscritti QuAS

La Cassa di Assistenza Sanitaria Quadri (QuAS) garantisce ai propri iscritti che versino in condizioni di "non autosufficienza" per infortunio o malattia, prestazioni sociosanitarie, nei modi e termini e alle condizioni specificatamente indicate nel presente regolamento ("Sezione Speciale"), da intendersi come sezione speciale del Regolamento QuAS attualmente vigente.

Articolo 2 - Ambito di applicazione

Le norme stabilite nella presente Sezione Speciale disciplinano le regole di accesso, le prestazioni sociosanitarie, l'entità dei rimborsi ed individuano gli iscritti alla QuAS che ne possono usufruire. Le prestazioni per i nuovi iscritti sia attivi che pensionati potranno decorrere solo trascorsi 90 giorni dall'effettiva iscrizione alla Cassa. Per l'individuazione della qualifica di iscritti alla QuAS si rimanda agli articoli 2 e 3 del vigente Regolamento QuAS.

Articolo 3 - Definizione di non autosufficienza

Non autosufficiente è la persona incapace a svolgere in tutto o in parte le attività elementari della vita quotidiana, quali le capacità autonome di: alimentarsi, accudire all'igiene personale, continenza per urine o feci, deambulazione anche con protesi o carrozzine, uso dei sensi. Per definire il livello di non autosufficienza di una persona si terranno a riferimento i criteri adottati dal "Barthel Index Modificato" (BIM), con punteggio superiore o uguale a 40. La QuAS riconosce lo stato di non autosufficienza per qualunque motivazione sanitaria, fatte salve le cause di espressa esclusione di cui al successivo articolo 12.

Articolo 4 - Aventi Diritto

Possono usufruire della prestazione tutti gli iscritti alla QuAS aventi i seguenti requisiti:

1. Abbiano totalizzato un punteggio non superiore a 49 BIM, purché siano in regola con i contributi associativi e/o non si trovino in cause di sospensione/interruzione dell'erogazione delle assistenze sanitarie così come previste dal Regolamento QuAS (salvo quanto previsto dai punti 3 e 4 del presente Articolo)
2. I pensionati, nel rispetto di quanto previsto nel capitolo Gestione Speciale dei Pensionati del Regolamento vigente, purché non abbiano già compiuto il 74° anno di età
3. I quadri, in deroga alle norme previste dal Regolamento QuAS, per i quali sia intervenuta una causa di non autosufficienza che abbia comportato il superamento del periodo di comporto per il mantenimento del posto di

lavoro (come previsto dal CCNL) e la conseguente risoluzione del rapporto di lavoro da parte del datore di lavoro. Per questi sarà consentita la persistenza della condizione di iscritto alla Cassa con relativa copertura sanitaria ordinaria e per le prestazioni di assistenza alla persona non autosufficiente fino a due anni dall'evento stesso (anche in assenza del contributo aziendale e di quello a loro carico previsti dal CCNL), salvo che, nelle more, non maturino i requisiti per la pensione di vecchiaia o per la pensione di inabilità al lavoro e, di conseguenza, per l'iscrizione alla Gestione Speciale dei Pensionati del Regolamento vigente

4. I quadri, in deroga alle norme previste dal Regolamento QuAS nel capitolo Gestione Speciale Pensionati, aventi i requisiti per accedere alla prestazione di assistenza alla persona non autosufficiente e che sono riconosciuti, da parte dell'INPS, inabili all'attività lavorativa. A questi è consentita la possibilità di iscriversi alla sezione Pensionati anche se non risulta rispettato il periodo continuativo di dieci anni di iscrizione precedenti alla data di presentazione della richiesta di ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente.

Articolo 5 - Attuazione del progetto assistenziale

In ragione del carattere esclusivamente solidaristico del progetto assistenziale, il Consiglio Direttivo, stante la necessaria prudenza per la verifica della sostenibilità economica, si riserva di deliberare, ogni anno, la prosecuzione del progetto, la revisione delle condizioni previste o, in ogni caso, la chiusura delle condizioni di erogazione della prestazione.

Articolo 6 - Rimborso delle prestazioni sociosanitarie e finanziamento del Programma di assistenza alla persona non autosufficiente

All'espletamento delle verifiche di cui ai successivi articoli e all'accettazione della richiesta di ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente la QuAS rimborserà prestazioni socio sanitarie per il periodo di permanenza della non autosufficienza nelle modalità e termini previste nei successivi articoli 7 e 11 e nei limiti d'importo pari all'Indennità di Accompagnamento di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18 e successive modifiche (Importo di Legge). Nell'ipotesi di cambiamento dell'Importo di Legge, il Consiglio Direttivo della QuAS deciderà sull'eventuale adeguamento. I rimborsi per le prestazioni sociosanitarie verranno erogati trimestralmente solo ed esclusivamente a presentazione di giustificativi di spesa con documentazione fiscalmente valida. Nel caso in cui l'iscritto si trovi in stato vegetativo, solo l'amministratore di sostegno nominato con decreto del Giudice Tutelare è autorizzato ad amministrare le finanze del paziente, a firmare richieste di rimborso e a fornire agli uffici della Cassa l'IBAN sul quale far confluire il rimborso.

Articolo 7 - Prestazioni sociosanitarie Rimborsabili

I rimborsi erogati dalla QuAS per l'assistenza dell'iscritto ammesso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente, fatte salve le limitazioni di cui all'articolo 7 Regolamento QuAS, dovranno riferirsi a prestazioni socio sanitarie, sia dal punto di vista diagnostico terapeutico e/o specificatamente attinenti all'assistenza della persona non autosufficiente (badanti, personale di supporto ed assistenza, ricovero residenze sanitarie assistite) non coperte dal tariffario nomenclatore QuAS. In tali casi, l'importo massimo erogabile per i rimborsi delle prestazioni sanitarie e/o sociosanitarie non potrà essere superiore a quanto indicato al precedente articolo 6. Nel caso in cui la documentazione presentata non consenta/ raggiunga il rimborso di prestazioni sociosanitarie nel limite del massimale di cui sopra, nessun compenso aggiuntivo potrà essere riconosciuto all'iscritto non autosufficiente, che pertanto non potrà vantare alcuna pretesa all'ottenimento di rimborsi/compensi fino al raggiungimento del massimale rimborsabile. Tutta la documentazione presentata ai fini dell'erogazione dei rimborsi riconosciuti dalla QuAS dovrà essere fiscalmente valida, anche in copia, resta salva la possibilità per la QuAS di chiedere l'esibizione degli originali.

Articolo 8 - Richiesta di ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente

Verificatosi lo stato di non autosufficienza, l'iscritto, e/o altra persona che legalmente lo rappresenti, potrà richiedere alla QuAS l'ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente con apposita domanda scritta, allegando alla richiesta un certificato del medico curante che attesti la perdita di autosufficienza secondo i criteri del BIM ed una relazione medica sulle cause della perdita di tale autosufficienza, redatti entrambi su appositi modelli forniti dalla QuAS. Dalla data

di ricevimento della domanda, completa di tutti gli allegati, decorre il periodo di istruttoria da parte della Cassa che, ove possibile, non può superare i tre mesi. La Cassa si riserva di richiedere all'Assistito informazioni sulle cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie. L'Assistito dovrà sciogliere al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Il Consiglio Direttivo della QuAS, terminato il periodo di accertamento, espletata l'istruttoria e raccolto il parere della Commissione di cui al successivo articolo 10, delibera – ove possibile - entro il termine di venti giorni, sull'ammissione della richiesta di ingresso al Programma di assistenza alla persona non autosufficiente, tenuto anche conto dei casi di esclusione espressamente previsti nel successivo articolo 12. La QuAS comunica, per iscritto, all'Assistito l'esito della deliberazione del Consiglio Direttivo sulla richiesta di ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente.

Articolo 9 - Ulteriore documentazione per la richiesta di ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente

Nel caso la non autosufficienza intervenga nel periodo lavorativo dell'assistito, ai sensi dell'art. 4, punto 3, il datore di lavoro dovrà restituire un ulteriore modulo fornito da QuAS nel quale si certifica anche l'interruzione dell'attività lavorativa del Quadro.

Articolo 10 - Commissione medica di verifica – Delibera del Consiglio Direttivo

La verifica dei requisiti della richiesta di ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente viene in prima istanza esaminata da una commissione appositamente istituita. Tale Commissione è composta dai Consulenti medici stabiliti dalla Cassa e da un medico specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni. Il parere della Commissione, che potrà richiedere la documentazione che riterrà necessaria e, se del caso, di visitare il soggetto richiedente anche al domicilio dello stesso, è vincolante per gli aspetti sanitari per la successiva deliberazione di accettazione o respingimento della richiesta di ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente, che è di competenza del Consiglio Direttivo della QuAS.

Articolo 11 - Erogazione dei rimborsi. Permanenza, recesso e verifiche

L'accoglimento della domanda di richiesta di ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente dà diritto al rimborso delle prestazioni sociosanitarie a decorrere dalla data della presentazione della domanda stessa e per un massimo di un anno, rinnovabile di anno in anno con la verifica dello stato di non autosufficienza.

Fermo restando quanto già previsto all'art. 5, il Consiglio Direttivo, stante la necessaria prudenza per la verifica della sostenibilità economica, si riserva di deliberare, ogni anno, anche la prosecuzione, la revisione delle condizioni previste, o la chiusura delle condizioni di erogazione della prestazione. Se durante il programma di assistenza avviene il decesso dell'assistito questo dovrà essere immediatamente comunicato alla QuAS dai familiari.

Gli eventuali importi percepiti dopo il decesso dovranno essere restituiti alla QuAS. In caso di venir meno dello stato di non autosufficienza è fatto obbligo al beneficiario di farne immediata comunicazione alla QuAS. In ogni caso, lo stato di non autosufficienza è soggetto a verifica e revisione ogni 12 mesi. Pertanto, la QuAS avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza. Qualora l'accertamento evidenzi il recupero della autosufficienza, la QuAS comunicherà all'assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni. Gli eventuali importi percepiti dopo la data del recupero dell'autosufficienza dovranno essere restituiti alla QuAS. La Cassa, in ogni caso, ha la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante del Quadro, a controlli presso il beneficiario ed in particolari casi di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare il suo stato di salute. In caso di rifiuto da parte del beneficiario di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il contributo legato al programma di assistenza alla persona non autosufficiente sarà revocato con efficacia retroattiva alla data della richiesta della predetta documentazione medica. La QuAS ha facoltà di richiedere certificazione di esistenza in vita del beneficiario con cadenza annuale. La revoca e/o la sospensione di detto contributo è deliberata dal Consiglio Direttivo della QuAS.

Articolo 12 - Esclusioni

La prestazione di assistenza alla persona non autosufficiente è espressamente esclusa nei seguenti casi:

- partecipazione dell'iscritto ad atti dolosi;

- partecipazione attiva dell'iscritto a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la prestazione può essere erogata alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- partecipazione attiva dell'iscritto a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato; pratica di sport estremi e tentativi di suicidio;
- malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci.

Articolo 13 - Controversie

Per le controversie attinenti al rifiuto della richiesta di ingresso al programma di assistenza alla persona non autosufficiente e/o per quelle attinenti al rimborso di prestazioni sociosanitarie si rimanda a quanto previsto dall'articolo 8 del Regolamento QuAS.

Articolo 14 - Protezione dei dati personali

La QuAS, quale titolare del trattamento, si impegna a trattare i dati di iscritti e beneficiari ad essa pervenute in conformità con le previsioni del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali 2016/679 (di seguito, "GDPR" o "Regolamento") applicabile dal 25 maggio 2018 in ogni Stato Membro dell'Unione Europea, nonché con la disciplina del D. Lgs. n. 196 del 2003, come modificato dal D. Lgs. n. 101 del 2018.

Regolamento Grandi Eventi 2026

1. La presente sezione speciale "Grandi Eventi", come di seguito definiti e con la regolamentazione di seguito fissata, è prevista per i soli Quadri in costanza di rapporto di lavoro e che a norma del Regolamento possono fruire dell'assistenza sanitaria

2. Si intende per "Grande Evento" il grave evento morboso (patologia in forma estrema) ed il grande intervento chirurgico (atto chirurgico) appartenente ai seguenti gruppi:

a. gravi forme neoplastiche che abbiano necessitato di intervento chirurgico
b. gravi cerebro vasculopatie
c. patologie neurologiche degenerative che hanno condotto a invalidità
d. gravi patologie cardio respiratorie con marcata insufficienza funzionale
e. trapianto di organo (rene, cuore, polmone, fegato, intestino).

Si definiscono:

- limite massimo tassativo: la spesa massima rimborsabile per "Grande Evento" nel corso della vita associativa all'iscritto in costanza di attività lavorativa
- franchigia: l'importo delle spese sostenute, nell'ambito del "Grande Evento" disciplinato dal presente regolamento, che rimane a carico dell'iscritto.

3. Possono essere riconosciute nel "Grande Evento" le prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero in intramoenia presso le strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate con il SSN entro il limite massimo tassativo di € 250.000,00 salvo la franchigia di € 15.000. Sono escluse dal rimborso le spese già rimborsate da eventuali altri Fondi Sanitari/Polizze assicurative.

4. Sono escluse dal rimborso tutte le patologie e le prestazioni sanitarie non comprese nella presente sezione speciale Grandi Eventi.

5. Il riconoscimento del Grande Evento verrà effettuato, a insindacabile giudizio, dal Consiglio Direttivo della QuAS.

6. Il riconoscimento del Grande Evento è precluso nei seguenti casi:

- partecipazione dell'iscritto ad atti dolosi
- partecipazione attiva dell'iscritto a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano; in questo caso la prestazione può essere erogata alle condizioni stabilite dal competente Ministero
- partecipazione attiva dell'iscritto a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato, pratica di sport estremi e tentativi di suicidio
- malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci.

7. La richiesta di rimborso per "Grande Evento" dovrà essere inviata online, tramite l'area riservata dell'iscritto presente sul sito web della Cassa, oppure a mezzo pec all'indirizzo quas@arubapec.it inviando l'eventuale rimborso già ricevuto da altro Fondo Sanitario/Polizza Assicurativa oppure l'autocertificazione nella quale l'iscritto dichiari di non aver ottenuto altri rimborsi per le spese sanitarie oggetto della richiesta.

8. La data di presentazione della richiesta di rimborso delle spese sanitarie sostenute è considerata come termine temporale di chiusura del "Grande evento". La richiesta dovrà essere presentata entro 365 giorni dalla data di emissione della prima fattura di spesa. Eventuali fatture presentate successivamente ai 365 giorni dalla loro emissione, non potranno essere oggetto di rimborso. Successivamente alla presentazione della richiesta, non potrà essere richiesto alcun ulteriore rimborso per prestazioni sanitarie connesse all'evento patologico riconosciuto come "Grande evento", indipendentemente dalla data in cui la spesa è stata sostenuta.

9. La Cassa ha facoltà di richiedere, in fase di esame della richiesta o successivamente, ulteriore documentazione riguardante patologie, esami, analisi, spese, immagini fotografiche e quant'altro ritenga necessario per l'evasione della pratica, nonché sottoporre il richiedente a visita medica di controllo a carico della Cassa.

10. La pratica di rimborso viene istruita dalla Commissione Ricorsi ed è sottoposta ad approvazione da parte del Consiglio Direttivo

11. Il rimborso per "Grande Evento", qualora approvato, deve essere considerato quale contributo straordinario una tantum non ripetibile. Ogni Quadro ha diritto ad un'unica erogazione connessa a "Grande Evento" nel corso della vita associativa e in costanza di attività lavorativa.

12. Il contributo straordinario per "Grande Evento" ha carattere di unicità, indipendentemente dalla durata dell'evento patologico. Le prestazioni sanitarie causate dal "Grande Evento" possono fare riferimento a più ricoveri in intramoenia presso le strutture ospedaliere pubbliche del SSN, purché antecedenti alla data di presentazione della richiesta di rimborso per "Grande Evento".

13. L'intervento economico della Cassa è sempre a consuntivo. Non è quindi possibile richiedere acconti per prestazioni sanitarie che dovranno essere ancora erogate.

14. La QuAS, a seguito dell'esito positivo dell'istruttoria della pratica, effettuerà il rimborso esclusivamente mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato al Quadro, censito nella sua area riservata.

15. Per quanto non disciplinato nella presente sezione speciale si rimanda espressamente al Regolamento QuAS.

Glossario dei termini tecnici e sanitari

La comprensione dei Nomenclatori dei Fondi Sanitari e dei regolamenti di assistenza integrativa richiede la familiarità con un lessico specialistico che mescola il linguaggio medico, quello assicurativo e quello contrattuale-giuslavoristico. Questo glossario offre una chiave di lettura chiara e rigorosa dei termini più ricorrenti all'interno dei testi normativi e delle guide ai piani sanitari.

Accertamenti Diagnostici (o Diagnostica Strumentale): Insieme delle indagini mediche ad alta tecnologia strumentale (quali TAC, Risonanza Magnetica Nucleare, ecografie, endoscopie e PET) finalizzate a confermare o escludere un sospetto clinico formulato dal medico. Nei nomenclatori costituiscono una delle voci di spesa più frequentemente coperti sia in regime di assistenza diretta che indiretta.

Assistenza Diretta: Modalità di erogazione della prestazione sanitaria in cui il Fondo o la Cassa di Assistenza provvede direttamente al pagamento delle spese mediche nei confronti della struttura sanitaria o del professionista inserito nella rete convenzionata. Per l'iscritto comporta l'azzeramento dell'anticipo di denaro, fatta eccezione per l'eventuale franchigia o scoperto contrattuale.

Assistenza Indiretta (o a Rimborso): Regime attraverso il quale l'iscritto sceglie di avvalersi di strutture sanitarie o professionisti non convenzionati (o nei casi previsti dai regolamenti). L'assistito anticipa integralmente la spesa e presenta successivamente al Fondo la documentazione fiscale e sanitaria per ottenere il rimborso parziale o totale secondo i massimali stabiliti dal nomenclatore.

Cassa di Assistenza: Ente a base mutualistica e paritetica, costituito nell'ambito della contrattazione collettiva, che ha lo scopo di erogare prestazioni di assistenza sanitaria integrativa e socio-sanitaria ai lavoratori iscritti, operando in regime di assenza di scopo di lucro.

Condizioni Preesistenti: Patologie, malformazioni o stati morbosi insorti in data antecedente all'adesione al Fondo sanitario o all'entrata in vigore della copertura contrattuale. I nomenclatori disciplinano in modo specifico la franchigia temporale o l'eventuale esclusione di tali patologie, sebbene la tendenza della bilateralità moderna sia orientata verso una progressiva liberalizzazione e tutela dei lavoratori, anche alla luce della normativa sul diritto all'oblio oncologico.

Copertura "A Primo Rischio": Formula di garanzia sanitaria in forza della quale il Fondo copre le spese mediche fin dal primo euro di spesa sostenuto dall'iscritto per le prestazioni comprese nel piano, entro i limiti dei massimali annui stabiliti, senza l'applicazione di franchigie fisse elevate.

Franchigia: Quota fissa di spesa espressa in euro che, per ciascun evento sanitario o per singola prestazione, rimane interamente a carico dell'iscritto. L'intervento del Fondo o il rimborso si attivano esclusivamente per la parte di spesa che eccede l'importo della franchigia stabilita dal nomenclatore.

Long Term Care (LTC): Insieme di interventi e tutele socio-sanitarie di natura continuativa destinati a soggetti affetti da perdita permanente, totale o parziale, delle autonomie nello svolgimento delle funzioni elementari della vita quotidiana (ADL). Può tradursi nell'erogazione di rendite mensili vitalizie, nell'invio di operatori sociosanitari a domicilio o nel concorso al pagamento delle rette di ricovero in strutture protette (RSA).

Massimale: Limite massimo di spesa o di rimborso (espresso su base annua, per evento o per singola tipologia di prestazione) che il Fondo si impegna a erogare a favore dell'iscritto. I nomenclatori distinguono solitamente tra massimali generali e sottomassimali specifici per singole branche (es. odontoiatria, alta diagnostica, fisioterapia).

Nomenclatore: Elenco analitico e codificato delle prestazioni sanitarie, chirurgiche, diagnostiche e preventive che rientrano nel perimetro di copertura del piano sanitario, con l'indicazione dei relativi massimali, delle tariffe massime rimborsabili, dei criteri di appropriatezza e delle eventuali esclusioni.

Procreazione Medicalmente Assistita (PMA): Insieme delle tecniche mediche e biologiche volte a favorire il concepimento umano nei casi di infertilità o sterilità coniugale o di coppia. I più recenti nomenclatori di categoria prevedono specifici sussidi e rimborsi per i percorsi di PMA omologa ed eterologa.

Quesito Diagnostico: La specificazione clinica, formulata dal medico prescrittore (medico di medicina generale o specialista), che motiva la necessità di eseguire una determinata prestazione diagnostica o specialistica. La presenza di un quesito diagnostico preciso e codificato è requisito essenziale e imprescindibile per l'indennizzabilità della pratica di rimborso o per l'autorizzazione in forma diretta.

Reti Convenzionate (Service): Strutture organizzative e network di cliniche, centri diagnostici, poliambulatori e studi dentistici convenzionati direttamente con i Fondi o attraverso provider amministrativi terzi (quali UniSalute, Generali Welion, ecc.) che garantiscono agli iscritti tariffe agevolate, percorsi di cura tracciati e accesso in assistenza diretta.

Scoperto (o Percentuale di Scoperto): Quota percentuale della spesa sanitaria sostenuta che rimane a carico dell'iscritto, mentre la restante percentuale viene liquidata dal Fondo (entro i limiti del massimale previsto). A differenza della franchigia (che è un valore fisso in euro), lo scoperto è proporzionale all'ammontare complessivo della fattura.

Ticket Sanitario: Quota di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie pubbliche posta a carico dell'assistito dallo Stato o dalle Regioni. I Fondi sanitari integrativi prevedono quasi universalmente il rimborso totale o parziale dei ticket pagati per visite specialistiche, diagnostica ed esami di pronto soccorso effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

Conclusioni

L'analisi approfondita dei Nomenclatori dei Fondi Sanitari di Categoria presentata in questo volume offre un quadro di un sistema dinamico, in continua evoluzione e ben radicato nel tessuto economico e sociale del nostro Paese. La sanità integrativa, che ha preso forma attraverso la contrattazione collettiva, non è più vista come una semplice soluzione temporanea alle inefficienze o ai rallentamenti del Servizio Sanitario Nazionale. Oggi, essa si afferma come un pilastro autonomo e ben strutturato della civiltà giuridica e della protezione sociale.

Negli ultimi anni, la bilateralità ha dimostrato una notevole capacità di ascolto e di adattamento ai profondi cambiamenti della società italiana. L'espansione delle tutele, che ora si estendono dai singoli lavoratori alle loro famiglie, l'inserimento di servizi avanzati per la genitorialità e la prima infanzia, e l'attenzione crescente verso il benessere psicologico, la medicina di genere e la protezione delle persone fragili e non autosufficienti, sono tutte prove che il welfare contrattuale ha superato la tradizionale visione "riparatoria" delle polizze assicurative. Oggi abbraccia un modello di prevenzione globale e si prende cura della persona nella sua totalità.

Tuttavia, il cammino verso il rafforzamento della sanità integrativa presenta delle sfide piuttosto complesse. La frammentazione dei Fondi, la varietà dei nomenclatori e dei criteri di accesso tra i vari CCNL, insieme alla necessità di fornire informazioni sempre più chiare e diffuse ai lavoratori, rappresentano questioni fondamentali su cui le parti sociali, le rappresentanze sindacali e gli operatori del settore devono confrontarsi ogni giorno. La vera sfida per il futuro non sta tanto nella competizione tra pubblico e privato sociale, quanto nella capacità di costruire un'alleanza strategica e sinergica tra il Servizio Sanitario Nazionale e la bilateralità contrattuale.

Solo attraverso una forte integrazione dei flussi informativi, il rispetto rigoroso dei criteri di appropriatezza clinica e la difesa ferrea della natura paritetica e non lucrativa dei Fondi possiamo evitare derive mercantili e garantire l'accessibilità universale alle cure. La sanità integrativa di categoria, basata sui principi costituzionali di solidarietà e mutualità, dimostra che prendersi cura della salute non è solo un costo, ma rappresenta il miglior investimento possibile per la qualità della vita, la dignità del lavoro e la coesione sociale dell'intero Paese. Promuovere la conoscenza di questi strumenti e facilitarne l'accesso significa restituire concretezza a quel diritto fondamentale alla cura, che è la base di ogni democrazia avanzata.

CISL FISASCAT

LAVORO
PERSONE
TERRITORI
VALORE
INSIEME

LABORATORIO TERZIARIO
PERIODICO DI DOCUMENTAZIONE DELLA FISASCAT CISL
TG LAB
PROGETTO TERZIARIO
PERIODICO DI INFORMAZIONE DELLA FISASCAT CISL

ENTI BILATERALI

ENTE BILATERALE NAZIONALE TERZIARIO
ebnt ENTE BILATERALE NAZIONALE TURISMO
quadrifor
EBIPRO
E.Bi.N.Vi.P. Ente Bilaterale Nazionale Vigilanza Privata
EBIN COLF Ente bilaterale Lavoratori Domestici
EBN.TER
Ebinprof
onbsi Organismo Nazionale Bilaterale Servizi Integrati
EBNAIP ENTE BILATERALE NAZIONALE AGENTI IMMOBILIARI PROFESSIONALI
EBITERME
EBN Ente bilaterale Unitario del settore Turismo
EBISport Ente bilaterale dello sport
EBIT ENTE BILATERALE INDUSTRIA TURISTICA
EBiDiM Ente Bilaterale della Distribuzione Moderna Organizzata
EBIFARM Ente Bilaterale Nazionale Farmacie Private

FONDI PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Fon.Te. FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE PER I DIPENDENTI DA AZIENDE DEL TERZIARIO COMMERCIO TURISMO E SERVIZI
PREVIDENZA COOPERATIVA
PreviAmbiente
Fondapi FONDO PENSIONE Fondo Nazionale Pensione Complementare per i Lavoratori delle piccole e Medie Imprese

FONDI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

FONDO EST ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA Commercio Turismo Servizi e Settori Affini
QuAS Cassa Assistenza Sanitaria Quadri
CADIPROF CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I LAVORATORI DEGLI STUDI PROFESSIONALI
FAST FONDO ASSISTENZA SANITARIA TURISMO
FONDOASIM Fondo assistenza sanitaria integrativa multiservizi
CASSA COLF Cassa Assistenza Sanitaria Lavoratori Domestici
FONDO SANITARIO COOPERSALUTE
FASIV Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Vigilanza
CASSA PORTIERI
ASTER Ente di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti dalle aziende del commercio, del turismo e dei servizi aderenti a Confesercenti
AGIDAE SALUS SETTORE SOCIO SANITARIO
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA Farmacie Private FASIFAR
FONTUR FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

FONDI INTERPROFESSIONALI PER LA FORMAZIONE CONTINUA

for.te. fondo paritetico interprofessionale nazionale per la formazione continua del terziario
fonTer Fondo Paritetico Interprofessionale Nazionale per la Formazione Continua del Terziario
FONDO PROFESSIONI FONDO PARITETICO INTERPROFESSIONALE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA NEGLI STUDI PROFESSIONALI E NELLE AZIENDE COLLEGATE
Fonder fondo enti religiosi
Foncoop Formazione per crescere
Fondimpresa Fondo Interprofessionale per la formazione continua

Unipol | UniSalute SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE



Unipol

Quando si parla di salute, **UniSalute risponde.**

UniSalute è la risposta concreta ed efficace
a tutte le esigenze sanitarie assicurative.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

CASTELLUZZO
ASSICURATORI

inSalute

www.unisalute.it

LABORATORIO TERZIARI
PERIODICO DI DOCUMENTAZIONE DELLA FISASCAT CISL
PROGETTO TERZIARI
PERIODICO DI INFORMAZIONE DELLA FISASCAT CISL