

Guida al Piano sanitario

Copertura

Facoltativa

Soci Onorari

Iscritti al G.A.A.T.

Edizione Giugno 2018

QUANDO
C'È **UNISALUTE**
C'È **TUTTO**

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
contatta preventivamente il

Numero Verde
800-009644

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

www.unisalute.it

24h su 24, 356 giorni l'anno

Scarica gratis l'app te da App Store e Play Store.

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

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna
fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.

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

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

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

Guida al Piano sanitario Copertura Facoltativa Soci Onorari Iscritti al G.A.A.T.

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

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



1.	SOMMARIO	
2.	BENVENUTO	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	8
4.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	8
4.2.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	9
4.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	10
4.5.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.6.	Come posso ottenere pareri medici?	11
4.7.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	11
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	12
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	12
6.1.	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	12
6.2.	Trasporto sanitario	15
6.3.	Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	15
6.4.	Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	16
6.5.	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	16
6.6.	Parto e aborto terapeutico e spontaneo	16
6.6.1.	Parto cesareo	16
6.6.2.	Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo	17
6.7.	Indennità sostitutiva	17
6.8.	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	18
6.9.	Servizio Monitor Salute per Over 50	18
6.9.1.	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche	19
6.10.	Servizi di consulenza	20
7.	CONTRIBUTI	21
8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	21
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	23
9.1.	Inclusioni/esclusioni	23
9.2.	Persone per cui non può essere attivata la copertura	24
9.3.	Validità territoriale	25
9.4.	Limiti di età	25
9.5.	Gestione dei documenti di spesa	25
9.6.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	26
10.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	26

MODULO DI ADESIONE, RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATI

2. BENVENUTO

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

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un’**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell’Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. E’ sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata da UniSalute**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la

prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

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

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

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

- **il modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

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

- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. E' facile e veloce!



Valutazione rimborso in 20 giorni

Chiedi online il rimborso ticket e indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi la valutazione della tua richiesta entro 20 giorni!**

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria.

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

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

- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

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

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute.

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

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

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.2. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area "Aggiorna dati"**. In base alle tue esigenze puoi:

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **rimborso**.

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

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione **"Rimborsi"** e seleziona la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

4.4. 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.

4.5. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi all'area "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.6. 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.

4.7. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area clienti su www.unisalute.it e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

- test visivo;
- test audiometrico;
- qualità del sonno;
- prevenzione dentale: uno strumento "per grandi e piccoli" per una corretta igiene orale.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore degli Ex Agenti Generali iscritti al Gruppo Agenti di assicurazione Toro con la qualifica di Socio Onorario e del coniuge o convivente “more uxorio” che abbiano accettato entro la data di effetto indicata nel Piano l’attivazione della presente copertura.

Qualora un Socio decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile l’attivazione della stessa in un momento successivo, fermo quanto disposto al capitolo “Inclusioni/Esclusioni”

6. 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 a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- parto e aborto terapeutico e spontaneo;
- servizio monitor salute;
- servizi di consulenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l’Iscritto venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
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, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette 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 € 232,00 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 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 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
--	--

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00**, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione, ad eccezione della copertura "Pre-ricovero" che prevede specifici limiti.

Viene fatta ulteriore eccezione per le prestazioni di "Post ricovero", qualora queste siano effettuate presso centri convenzionati con Unisalute da medici convenzionati esclusivamente per le prestazioni di ricovero e non per le prestazioni elencate alla voce post-ricovero. Tali spese verranno infatti rimborsate integralmente, al netto del minimo non indennizzabile di € 1.000,00 prevista per ogni evento, dove con evento s'intende il complesso delle prestazioni facenti capo al medesimo ricovero e/o day hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, comprese pertanto le prestazioni di pre e post ricovero.

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

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 750,00** e un massimo non

indennizzabile di € 5.000,00, ad eccezione delle coperture “Retta di degenza” e “Accompagnatore” che prevedono specifici limiti.

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

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

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

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell’Iscritto durante il ricovero. In questo caso, però, l’Iscritto non potrà beneficiare dell’indennità sostitutiva.

6.2. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell’Iscritto, nel limite indicato al successivo capitolo “Il limite di spesa annuo dell’area ricovero”, 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.

6.3. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), compreso il caso di day-hospital effettuato a fine esclusivamente diagnostico, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” e “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

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

6.5. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” 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.

6.6. Parto e aborto terapeutico e spontaneo

6.6.1. Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 10.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”.

6.6.2. Parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico e spontaneo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “Post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al paragrafo “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, punto “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

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

6.7. Indennità sostitutiva

L’iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero o day hospital, 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 ricovero.

Nel caso di ricovero in day hospital l’importo giornaliero dell’indennità sostitutiva si riduce a **€ 50,00** per ogni giorno di day hospital.

6.8. 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. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 100.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

Nel caso di **grande intervento chirurgico**, intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo "Elenco grandi interventi chirurgici", il limite di spesa annuo suindicato si intende raddoppiato.

6.9. Servizio Monitor Salute per Over 50

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 bronco-pneumopatia 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 tele-monitoraggio, 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. Quest'ultimo **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 per poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale, come indicato al successivo 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 tele-monitoraggio.

6.9.1. 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 nel precedente punto, 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 sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Nel solo caso in cui l'Iscritto sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto.

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

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 300,00 per persona.**

6.10. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009644** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici

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. CONTRIBUTI

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

- a) Nucleo di 1 persona composto dal solo Socio € **987,04**
Onorario
- b) Nucleo di 2 persone inteso come Socio Onorario e il coniuge o convivente "more uxorio" € **1.956,08**

8. 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. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. le prestazioni mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
15. le prestazioni 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.

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Inclusioni/esclusioni

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i soci, e per il loro relativo familiare, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui al capitolo "Le persone per cui è operante la copertura", le movimentazioni all'interno della presente copertura sono regolate dai punti di seguito indicati.

1. Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i soci in garanzia alla data di effetto del Piano, l'inclusione del coniuge o convivente "more uxorio" come definito al capitolo "Le persone per cui è operante la copertura", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della copertura è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio o nuova convivenza; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo premio.

2. Inserimento di nuovi soci in data successiva all'effetto di copertura

Le inclusioni di soci in data successiva a quella di effetto della copertura sono possibili solo nel caso di nuove iscrizioni. La garanzia per il socio e il coniuge o convivente "more uxorio" come indicato al capitolo "Le persone per cui è operante la copertura", primo capoverso, decorre dal giorno dell'iscrizione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'iscrizione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il socio intenda inserire l'eventuale coniuge o il convivente "more uxorio" risultante dallo stato di famiglia, dovrà includerlo nella copertura all'atto dell'iscrizione e non potrà inserirlo successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

3. mancato rinnovo dell'iscrizione

Nel caso di mancato rinnovo dell'iscrizione, l'ex-socio e l'eventuale coniuge o convivente "more uxorio" assicurato vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

9.2. Persone per cui non può essere attivata la copertura

Non sono associabili coloro i quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- infermità mentali,

- alcolismo
- tossicomanie,
- A.I.D.S.
- persone dichiarate invalide a norma INPS o riconosciute invalide dall'INPS

Per gli iscritti colpiti da tali malattie o invalidità, la copertura cessa al manifestarsi di esse

9.3. 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.

9.4. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **70°** anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **71°** anno di età da parte dell'Iscritto.

9.5. 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.

9.6. 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.

10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo (compreso prelievo di vasi)
- Intervento per corpi estranei o tumori del cuore
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Pericardiectomia totale
- Resezione del cuore (aneurisma, infarto, ecc.)
- Sezione o legatura del dotto arterioso del Botallo
- Sostituzione valvolare singola o multipla, valvuloplastica
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Craniotomia per ematoma extradurale o per lesioni traumatiche intracerebrali
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo
- Intervento endorachideo per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie, ed affezioni meningomidollari
- Intervento per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Intervento per epilessia focale
- Intervento per traumi cranio-cerebrali, vertebro-midollari
- Intervento per tumori della base cranica per via transorale
- Intervento per tumori orbitali
- Intervento sulla cerniera atlanto-occipitale
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intradurali extramidollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- Operazione endocranica per ascesso ed ematoma intracranico
- Operazione per encefalomeningocele, mielomeningocele
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Terapia chirurgica delle fistole artero venose

CHIRURGIA GENERALE

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Amputazione del retto per via addomino-perineale, addomino-sacrale
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Coledoco o epatico digiuno-duodenostomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparatomica
- Intervento demolitivo del pancreas

- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Resezione anteriore retto-colica
- Resezione epatica
- Tiroidectomia per neoplasie maligne
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione di tumori tipici del bambino
- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia congenita dell'esofago
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Fistola congenita dell'esofago
- Fistola e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- Megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson
- Megacolon: resezione anteriore
- Megauretere
- Occlusione intestinale del neonato
- Polmone cistico e policistico(lobectomia pneumonectomia)
- Spina bifida: mielomeningocele
- Torace ad imbuto e torace carenato

CHIRURGIA TORACICA

- Intervento per fistole del moncone bronchiale dopo lobectomia o pneumonectomia
- Intervento sul mediastino per tumori
- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezione segmentaria o lobectomia

CHIRURGIA VASCOLARE

- Bypass aorta addominale
- Bypass aortico biliaco o bifemorale
- Interventi per aneurismi dell'aorta toracica o addominale
- Intervento per aneurismi artero venosi delle arterie carotide, vertebrale, succlavia, tronco branchiocefalico, iliaca
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca

GINECOLOGIA- OSTETRICIA

- Eviscerazione pelvica
- Isterectomia totale con annessiectomia per via laparatomica
- Panisterectomia radicale per tumori maligni
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Artroprotesi anca totale (onnicomprensivo di ogni altro intervento preparatorio o concomitante)
- Intervento per scoliosi vertebrale
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o posteriore
- Artroprotesi ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Intervento per ernia del disco intervertebrale
- Osteosintesi vertebrale

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del naso o dei seni mascellari, frontali
- Laringectomia totale, laringofaringectomia
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Ricostruzione della catena ossiculare

UROLOGIA

- Nefrectomia allargata per !Limare
- Orchiectomia allargata con linfectomia
- Prostatectomia per carcinoma
- Resezione renale con clarnpaggio vascolare
- Uretero-ileo-anastomosi monolaterale
- Cistoprostatovesciculectomia totale
- Nefroureterectomia totale
- Surrenalectomia
- Uretero-ileo-anastomosi bilaterale

TRAPIANTI D' ORGANO

- Tutti

