



# Guida al Piano sanitario Base

Iscritti e pensionati  
attivi  
Cassa Nazionale di  
Previdenza  
ed Assistenza  
Ragionieri

Edizione dicembre 2018

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

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario  
diverse dal ricovero vai su:

**www.cassaragionieri.it oppure**

**www.unisalute.it**

**24h su 24, 365 giorni l'anno**

Per tutte le prestazioni dell'area ricovero  
contatta preventivamente il

**Numero Verde**  
**800-016697**

dall'estero: prefisso per l'Italia  
**+ 051.63.89.046**

orari:

**8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì**

**I servizi UniSalute sempre con te!**

**Scarica gratis l'app 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](mailto: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.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà **di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.**

# **Guida al Piano sanitario Base Iscritti e pensionati attivi Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza Ragionieri**

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

<b>1.</b>	<b>SOMMARIO</b> .....	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>BENVENUTO</b> .....	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO</b> .....	<b>7</b>
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute.....	7
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute.....	8
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale.....	10
<b>4.</b>	<b>SERVIZI ONLINE E MOBILE</b> .....	<b>10</b>
4.1.	Come faccio a registrarmi al sito <a href="http://www.cassaragonieri.it">www.cassaragonieri.it</a> oppure <a href="http://www.unisalute.it">www.unisalute.it</a> per accedere ai servizi nell'Area clienti?.....	11
4.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?.....	11
4.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?.....	12
4.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?.....	12
4.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?.....	13
4.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?.....	13
4.7.	Come posso ottenere pareri medici?.....	13
4.8.	L'app di UniSalute.....	14
4.8.1.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?.....	14
4.8.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?.....	15
4.8.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?.....	15
4.8.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?.....	16
<b>5.</b>	<b>LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA</b> .....	<b>16</b>
<b>6.</b>	<b>LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO</b> .....	<b>17</b>
6.1.	Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o grave evento morboso.....	18
6.2.	Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico o grave evento morboso.....	21
6.3.	Day-hospital per grande intervento chirurgico o grave evento morboso.....	21
6.4.	Trapianti.....	21
6.5.	Costi funerari e rimpatrio della salma per grande intervento chirurgico o grave evento morboso.....	22
6.6.	Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico.....	22
6.7.	Indennità sostitutiva per grave evento morboso.....	22
6.8.	Indennità giornaliera per ricovero diverso da grande intervento chirurgico o grave evento morboso.....	23
6.9.	Ospedalizzazione domiciliare in caso di grande intervento chirurgico o grave evento morboso.....	23
6.10.	Anticipi in caso di ricovero grande intervento chirurgico o grave evento morboso.....	24
6.11.	Il massimale dell'area ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso.....	24
6.12.	Indennità per grave invalidità da infortunio e da malattia.....	24
6.13.	Prestazioni di alta specializzazione.....	25
6.14.	Pacchetto maternità.....	26
6.15.	Fisioterapie a seguito di infortunio.....	27
6.16.	Cure oncologiche.....	28
6.17.	Cure dentarie da infortunio.....	28
6.18.	Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero.....	29
6.19.	Prevenzione odontoiatrica.....	30
6.20.	Prevenzione (check up).....	31
6.21.	Prevenzione della sindrome metabolica.....	32
6.22.	Diagnosi comparativa.....	33

6.23.	Prestazioni a tariffe agevolate .....	35
6.24.	Long Term Care permanente .....	35
6.24.1	Definizione della garanzia.....	35
6.24.2	Condizioni di assicurabilità .....	36
6.24.3	Definizione dello stato di non autosufficienza .....	36
6.24.4	Somma assicurata .....	37
6.24.5	Criteri di liquidazione .....	37
6.24.6	Piano assistenziale Individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA.....	38
6.24.7	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza .....	41
6.24.8	Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza.....	42
6.25.	Servizi di consulenza e assistenza .....	42
<b>7.</b>	<b>CONTRIBUTI .....</b>	<b>45</b>
<b>8.</b>	<b>CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO .....</b>	<b>45</b>
<b>9.</b>	<b>ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....</b>	<b>47</b>
9.1.	Inclusioni/esclusioni .....	47
9.2.	Validità territoriale.....	49
9.3.	Limiti di età .....	49
9.4.	Gestione dei documenti di spesa .....	50
9.5.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno? .....	50
<b>10.</b>	<b>ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....</b>	<b>51</b>
<b>11.</b>	<b>ALLEGATO 2 - ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI .....</b>	<b>55</b>

**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.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://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.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://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.



#### **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.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://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.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://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. Spese Sanitarie 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.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it);
- in caso di **ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- 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 extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

hanno effettuato visite e cure.

### 3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su [www.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://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. Spese Sanitarie Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

## 4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

Sul sito [www.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) all'interno dell'Area clienti 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**.

#### **4.1. Come faccio a registrarmi al sito [www.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://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.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) accedi alla funzione "Registrati" e compila la maschera con i dati richiesti.

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

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

##### **Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?**

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

#### **4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?**

**Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario.**

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!**

### **4.3. 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**.

### **4.4. 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. Spese Sanitarie Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

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

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

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

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

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

#### **4.6. 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 **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.

#### **4.7. 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.

#### 4.8. 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. E' possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute

##### 4.8.1. 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 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](http://www.unisalute.it) puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

#### **UniSalute PER TE**

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

#### **4.8.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?**

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

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

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

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

#### **Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!**

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

Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

#### **4.8.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?**

Puoi richiedere tramite l’app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei

documenti richiesti in tre semplici step.

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

#### **4.8.4. 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. E' possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

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

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

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

#### **Integra la documentazione mancante**

Nella sezione "**concludi**" puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa.

Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

## **5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA**

Il Piano sanitario è prestata, con costi a carico della Cnpr, a favore: degli Iscritti non titolari di pensione di vecchiaia, di anzianità, anticipata e supplementare.

Sono esclusi dall'assicurazione gli Iscritti che al 1° gennaio di ciascun anno hanno già compiuto l'80° anno di età.

Gli Iscritti alla Cnpr successivamente alla decorrenza della copertura assicurativa sono assicurati dalla decorrenza di iscrizione alla Cnpr, o dalla data di inizio del Periodo Annuo, come definito all'articolo 19 del Capitolato Speciale d'Appalto, se successiva.

Gli Assicurati che si cancellano dalla Cnpr rimangono assicurati fino alla fine del Periodo Annuo in corso alla decorrenza di cancellazione.

La copertura può essere inoltre prestata anche a favore dei pensionati attivi su richiesta eventuale e facoltativa di questi ultimi, alle medesime condizioni degli iscritti attivi ma con costi a loro diretto carico.

La presente copertura può essere altresì estesa, su richiesta eventuale e facoltativa di ciascun Assicurato attivo o pensionato attivo al proprio nucleo familiare, intendendosi per tale il coniuge o convivente more uxorio e i figli risultanti dallo stato di famiglia, con costi a carico dell'Assicurato attivo o pensionato attivo richiedente.

Non vengono inclusi in copertura i figli dell'Assicurato attivo o pensionato attivo che, al momento dell'inserimento del nucleo, risultino già parte di un proprio autonomo nucleo familiare.

## **6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO**

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

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico o grave evento morboso;
- day-hospital per grande intervento chirurgico o grave evento morboso;
- Indennità giornaliera per ricovero diverso da grande intervento chirurgico o grave evento morboso;
- ospedalizzazione domiciliare in caso di grande intervento chirurgico o grave evento morboso;

- indennità per grave invalidità da malattia e infortunio;
- prestazioni di alta specializzazione;
- pacchetto maternità;
- fisioterapia da infortunio;
- cure oncologiche;
- cure dentarie da infortunio;
- interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero;
- prevenzione odontoiatrica;
- prevenzione (check up);
- prevenzione della sindrome metabolica;
- diagnosi comparativa;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza e assistenza.

Il Piano sanitario è operante inoltre per stati di non autosufficienza permanenti (LTC) in caso di malattia diagnosticata successivamente all'operatività del contratto o in caso di infortunio avvenuto successivamente all'operatività del contratto.

- long term care permanente.

### **6.1. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o grave evento morboso**

**Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato 1.**

**Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato 2.**

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 un grande intervento chirurgico o in seguito a un grave evento morboso può godere delle seguenti prestazioni:

<b>Pre-ricovero</b>	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei <b>365</b> giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il
---------------------	---

	ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
<b>Intervento chirurgico</b>	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.
<b>Assistenza medica, medicinali, cure</b>	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
<b>Rette di degenza</b>	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie ( ad esempio bar, telefono, ecc.) Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di <b>€ 1.000,00</b> al giorno.
<b>Accompagnatore</b>	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 <b>€ 1.500,00</b> al giorno per un massimo di <b>30</b> giorni per ricovero.
<b>Assistenza infermieristica privata individuale</b>	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di <b>€ 150,00</b> al giorno per un massimo di <b>30</b> giorni per ricovero.

<p><b>Post-ricovero</b></p>	<p>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 <b>365</b> 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.</p>
-----------------------------	--

**Si precisa che qualora il grande intervento chirurgico o il grave evento morboso possano essere effettuati in un regime diverso da quello del ricovero con pernottamento, saranno comunque in copertura in regime di day hospital o di intervento chirurgico ambulatoriale.**

**Rimane inteso che l'indennità sostitutiva è prevista unicamente in caso di ricovero con pernottamento.**

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

Le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevede specifici limiti.

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

Le prestazioni vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **25%**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

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

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

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato durante il ricovero. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. "Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico" o "Indennità sostitutiva per grave evento morboso").

## **6.2. Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico o grave evento morboso**

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 **€ 3.000,00** per ricovero.

## **6.3. Day-hospital per grande intervento chirurgico o grave evento morboso**

Nel caso di day-hospital (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 ai paragrafi "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o grave evento morboso" e "Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico o grave evento morboso" con i relativi limiti in essi indicati.

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

## **6.4. Trapianti**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste ai paragrafi "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico" e "Trasporto sanitario" per grande intervento chirurgico o grave evento morboso" 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.

### **6.5. Costi funerari e rimpatrio della salma per grande intervento chirurgico o grave evento morboso**

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per costi funerari e rimpatrio della salma nel limite di **€ 5.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare.

### **6.6. Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico**

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero per grande intervento chirurgico né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ricovero.

La quota di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale verrà rimborsata integralmente.

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.

### **6.7. Indennità sostitutiva per grave evento morboso**

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero per grave evento morboso 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 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.

### **6.8. Indennità giornaliera per ricovero diverso da grande intervento chirurgico o grave evento morboso**

L'Assicurato, in caso di ricovero diverso da grande intervento chirurgico e grave evento morboso, avrà diritto a un'indennità di **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ricovero. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

### **6.9. Ospedalizzazione domiciliare in caso di grande intervento chirurgico o grave evento morboso**

Il Piano sanitario, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano stesso, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato. Unisalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

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

Le prestazioni, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto, vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** per sinistro.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 10.000,00  
per Assicurato.**

### **6.10. Anticipi in caso di ricovero grande intervento chirurgico o grave evento morboso**

Nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, il titolare di polizza o in caso di sua incapacità anche temporanea un proprio familiare, potrà richiedere alla Società una somma massima pari al **65%** dell'intera spesa preventivata dall'istituto di cura, purché nei limiti del **65%** della somma massima indennizzabile.

Detta richiesta dovrà essere corredata da preventivo scritto da parte della struttura in cui avverrà il ricovero, con indicazione della prestazione sanitaria prevista e del relativo costo. In ogni caso l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

### **6.11. Il massimale dell'area ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso**

Con massimale si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un massimale annuo che ammonta a **€ 700.000,00** per anno assicurativo e per Assicurato. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

### **6.12. Indennità per grave invalidità da infortunio e da malattia**

La Società dovrà corrispondere un Indennizzo di **€ 25.000,00** in caso di Infortunio o di Malattia che comporti la riduzione della capacità all'esercizio della professione in modo continuativo e permanente a meno di un terzo, accertata da una struttura pubblica, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti alla decorrenza del contratto.

### 6.13. Prestazioni di alta specializzazione

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

<b>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrasto grafici):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– angiografia</li><li>– artrografia</li><li>– broncografia</li><li>– cisternografia</li><li>– cistografia</li><li>– cistouretrografia</li><li>– clisma opaco</li><li>– colangiografia trans Kehr</li><li>– colangiografia percutanea (PTC)</li><li>– colangiografia intravenosa</li><li>– colecistografia</li><li>– dacriocistografia</li><li>– defecografia</li><li>– urografia</li><li>– vesciculodeferentografia</li><li>– videoangiografia</li><li>– wirsunggrafia</li><li>– fistolografia</li><li>– flebografia</li><li>– fluorangiografia</li><li>– galattografia</li><li>– isterosalpingografia</li><li>– linfografia</li><li>– mielografia</li><li>– retinografia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Rx esofago con mezzo di contrasto</li><li>– Rx tubo digerente (stomaco, duodeno, tenue e colon) con mezzo di</li><li>– contrasto</li><li>– scialografia</li><li>– splenoportografia</li></ul> <p><b>Accertamenti</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– ecocardiografia</li><li>– elettroencefalografia</li><li>– mammografia o mammografia digitale</li><li>– elettromiografia</li><li>– risonanza magnetica nucleare</li><li>– scintigrafia</li><li>– tomografia Assiale Computerizzata (TAC)</li><li>– tomografia a Emissione di Positroni (PET)</li><li>– antigene prostatico specifico (PSA)</li></ul> <p><b>Trattamenti terapeutici</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– laserterapia a scopo fisioterapico</li></ul>
--	---

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia; tale somma dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. Il cliente

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

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

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 100,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

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

<p><b>La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 10.000,00 per Assicurato.</b></p>
--

## **6.14. Pacchetto maternità**

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- Ecografie di controllo;
- Amniocentesi;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza;
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza;
- 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.

- **Le prestazioni sono previste esclusivamente 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 senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto.

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

### **6.15. Fisioterapie a seguito di infortunio**

Il Piano sanitario 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 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 UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **25%** per ogni ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 300,00 per Assicurato.**

### **6.16. Cure oncologiche**

Nei casi di malattie oncologiche, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 100,00** per ogni ciclo di terapia.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 10.000,00 per Assicurato.**

### **6.17. Cure dentarie da infortunio**

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del Piano" al punto c) la Società, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso**, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sotto indicate.

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente

da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **15%**; tale somma dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di una franchigia di **€ 100,00** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia del certificato di Pronto Soccorso.

<p><b>La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 700,00 per Assicurato.</b></p>
---

## **6.18. Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero**

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, la Società 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 assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

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 il rimborso

delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

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

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

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

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 2.500,00 per Assicurato.**

## **6.19. Prevenzione odontoiatrica**

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, la Società provvede al pagamento di una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale l'anno **in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute 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.

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

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

## 6.20. Prevenzione (check up)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni diagnostiche particolari **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la stessa e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- 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
- urine; esame chimico, fisico e microscopico
- feci: ricerca del sangue occulto
- visita oculistica (controllo visus)
- visita ortopedica (controllo cervico – sacrale)

### **Prestazioni previste per i soli uomini:**

- PSA
- Visita cardiologica con ECG da sforzo

### **Prestazioni previste per le sole donne:**

- Ecodoppler arti inferiori
- Mammografia (per la sola mammografia è necessaria la prescrizione medica senza indicazione della patologia, indicante controllo, check up o screening).

## 6.21. Prevenzione della sindrome metabolica

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su [www.cassaragionieri.it](http://www.cassaragionieri.it) oppure [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) e “confermare il suo invio” alla Società.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite e-mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

**Nel caso in cui l'Assicurato non sia in uno stato di “sindrome metabolica”** la Società si limiterà a comunicare l'esito positivo della verifica.

**Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”** la Società fornirà alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato potrà autorizzare la Società a contattarlo (via email e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite. Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente garanzia verrà prestata per due anni, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito Unisalute.

**Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di sindrome metabolica “conclamata”** un medico della Società comunicherà

all'Assicurato che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

## 6.22. Diagnosi comparativa

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

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-016697** l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

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

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.

3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

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

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

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio

carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

### **6.23. Prestazioni a tariffe agevolate**

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.

### **6.24. Long Term Care permanente**

La presente garanzia ha come oggetto la copertura di servizi di assistenza, anche per mezzo di strutture sanitarie convenzionate, fino ad un massimo di **€ 1.200,00** al mese quando l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza come descritto al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza".

In alternativa alle prestazioni di cui al paragrafo precedente, su richiesta dell'Assicurato e a copertura dei costi sostenuti per personale dedicato all'assistenza e alla cura, la Società provvederà alla corresponsione di un importo mensile di pari ammontare (**€ 1.200,00**).

Nel caso in cui ricorra lo stato di non autosufficienza, la garanzia, nelle modalità sopraindicate, rimane operante per una durata massima di **72 mesi**.

La durata potrà essere inferiore ai **72 mesi** nei soli casi di decesso anticipato dell'Assicurato o qualora, in seguito ad appositi controlli medici, sia constatato il venir meno dello stato di non autosufficienza.

#### **6.24.1 Definizione della garanzia**

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

## 6.24.2 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della presente garanzia, l'Assicurato non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità al momento della decorrenza della copertura assicurativa.

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti : spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 40%.
3. Presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

## 6.24.3 Definizione dello stato di non autosufficienza

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

- soddisfare la propria igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
- nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile);
- spostarsi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale);
- vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);

e necessiti in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

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

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

#### 6.24.4 Somma assicurata

Il massimale mensile garantito nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" è di **€ 1.200,00**. Questo importo verrà corrisposto per una durata massima di **72 mesi**.

#### 6.24.5 Criteri di liquidazione

- Richiesta di assistenza diretta: qualora l'Assicurato richieda l'attivazione del servizio di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate nel limite di **€ 1.200,00** al mese per un massimo di **72 mesi**.
- Richiesta di rimborso spese: qualora l'Assicurato sostenga delle spese per prestazioni sanitarie e/o di assistenza sanitaria la Società provvederà al loro rimborso nel limite di **€ 1.200,00** al mese per un massimo di **72 mesi**.
- Richiesta di corresponsione, a copertura dei costi sostenuti per persone dedicate all'assistenza e alla cura, dell'importo mensile: qualora l'Assicurato non opti per alcuna delle precedenti opzioni potrà usufruire della corresponsione di un importo di **€ 1.200,00** al mese per un massimo di **72 mesi** a copertura dei costi sopraindicati.

## **6.24.6 Piano assistenziale Individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA**

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito nel Capitolato, dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde **800-016697** (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del massimale previsto e previa valutazione della Società, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

La Società intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Società valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi 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, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione nel Capitolato. 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.

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

multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, la Società, nei limiti del massimale mensile previsto, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.

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

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

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

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

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con

la Società utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile 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 UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), 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 assicurati Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

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

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, la Società rimborserà le prestazioni

precedentemente concordate e prenotate per tramite della Società, nei limiti del massimale mensile.

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

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

Laddove il punteggio assegnato dalla Società al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), 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 assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1.1, la Società provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto, esclusivamente la retta mensile.

#### **6.24.7 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza**

Il beneficiario o un suo familiare deve presentare alla Società la denuncia del sopravvenuto stato di non autosufficienza inviando l'apposito modulo compilato e sottoscritto.

La Società provvederà a inoltrare all'assicurato uno specifico questionario medico di non autosufficienza che dovrà essere compilato dal medico curante ed essere rispedito alla Società corredato dalla documentazione medica attestante lo stato di non autosufficienza.

La Società potrà richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che

descrivono la non autosufficienza dell'assicurato sembrano insufficienti.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'assicurato da parte di un medico di sua scelta.

La richiesta di riconoscimento dello stato di non autosufficienza non accolta potrà essere di nuovo esaminata dalla Società alle seguenti condizioni:

- Sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima richiesta;
- A integrazione della documentazione medica già trasmessa alla Società, vengano presentati nuovi documenti medici che attestino l'aggravarsi dello stato di salute.

### **6.24.8 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza**

Il riconoscimento della non autosufficienza da parte della Società dà diritto all'Assicurato a richiedere la corresponsione della somma garantita.

Il pagamento dell'importo garantito viene effettuato su presentazione dei documenti attestanti le spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza a persone nelle condizioni indicate al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza".

L'Assicurato può richiedere alla Società l'erogazione diretta della prestazione di assistenza per un valore corrispondente a quello della somma garantita.

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento ad un controllo presso il beneficiario 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 del beneficiario.

In caso di rifiuto da parte del beneficiario di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso.

### **6.25. Servizi di consulenza e assistenza**

#### **In Italia**

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016697 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 tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

#### **b) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

**I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-212477, 24 h su 24, tutti i giorni, compresi i festivi; dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.**

#### **c) Pareri medici immediati**

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

#### **d) Invio di un medico**

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'iscritto o un componente del nucleo familiare, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la 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 o nel centro medico idoneo

più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

#### **e) Rientro dal ricovero di primo soccorso**

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'iscritto o un componente del nucleo familiare 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 300 km per evento.

#### **f) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione**

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato. Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

#### **g) Rimpatrio sanitario**

Nel caso in cui l'iscritto o un componente del nucleo familiare si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'iscritto o di un componente del nucleo familiare in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'iscritto o di un componente del nucleo familiare tra quelli sottoelencati:

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

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa,

inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'iscritto o a un componente del nucleo familiare di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'iscritto o di un componente del nucleo familiare, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

## 7. CONTRIBUTI

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

Iscritto attivo	a carico di CNPR
tirocinante con Borsa di studio	a carico di CNPR
tirocinante prescritto alla CNPR	€ 131,21
pensionato attivo	€ 655,00
nucleo familiare come definito al capitolo 5 "Le persone per cui è operante la copertura"	€ 435,00

## 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:

- 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 parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da

Infortunio da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);

- e) 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;
- f) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo, ad eccezione di quelle espressamente indicate nel presente Capitolato Speciale d'Appalto;
- g) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- h) 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;
- i) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- j) 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;
- k) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- l) 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.**

## 9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

### 9.1. Inclusioni/esclusioni

#### 1) Inclusione del nucleo familiare

Il nucleo familiare come definito al capitolo 5 “Le persone per cui è operante la copertura” può essere incluso mediante pagamento del relativo premio ed invio dell’apposito modulo entro il 31/03/2019; oltre detto termine, potrà essere incluso esclusivamente il nucleo familiare di nuovi iscritti.

#### 2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto al precedente punto 1, l’inclusione di familiari come definiti al capitolo 5 “Le persone per cui è operante la copertura”, in un momento successivo alla decorrenza della polizza, è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo secondo le modalità indicate sul modulo medesimo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell’avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo premio.

#### 3) Nuove iscrizioni

Nel caso di nuove iscrizioni, la garanzia per il nuovo Assicurato decorre dal giorno della comunicazione dell’iscrizione da parte della Cassa alla Società.

Qualora il nuovo Assicurato intenda inserire il nucleo familiare come identificato al capitolo 5 “Le persone per cui è operante la copertura” terzo comma, dovrà effettuare l’inclusione nella copertura entro l’ultimo giorno del mese successivo a quello della comunicazione dell’iscrizione/assunzione della Cassa alla Società; per l’annualità assicurativa in corso all’atto dell’iscrizione l’inclusione del nucleo familiare non potrà essere effettuata in un momento successivo a quello sopraindicato. L’inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo e pagamento del relativo premio secondo le modalità indicate sul modulo medesimo.

La garanzia per il nucleo familiare decorrerà in forma rimborsuale contestualmente a quella del nuovo Assicurato, mentre in forma di assistenza diretta dall'ultimo giorno del mese successivo a quello di comunicazione dell'iscrizione/assunzione da parte della Cassa alla Società.

Per quanto riguarda i pensionati attivi, ed eventualmente il relativo nucleo familiare, l'assistito rimarrà in copertura quale Assicurato attivo sino alla prima scadenza annuale successiva alla data di passaggio in quiescenza.

Al primo rinnovo della copertura potrà aderire con pagamento del premio a proprio carico; qualora non eserciti questa facoltà alla scadenza annuale immediatamente successiva al passaggio in quiescenza, non potrà più richiedere l'inserimento successivamente.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste dal presente paragrafo 8.1 "Inclusioni/esclusioni", il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

Il premio relativo a eventuali inclusioni di nuclei familiari con premio a carico dell'Assicurato dovrà essere versato all'atto dell'inserimento in copertura del nucleo.

#### **4) Tirocinanti preiscritti**

La copertura decorrerà dalla medesima data per tutti i tirocinanti che ne fanno richiesta nel corso del trimestre, vale a dire dal primo giorno del primo mese del trimestre successivo alla richiesta, e che sono compresi nel file contenente i dati anagrafici.

La Cassa, a far data dall'1/10, provvederà a comunicare alla Società, non oltre 15 giorni prima dell'inizio di ogni trimestralità, le generalità anagrafiche dei tirocinanti inseriti nel trimestre precedente mediante l'apposito tracciato record.

Gli interessati potranno richiedere di attivare la garanzia dal primo giorno del primo mese del trimestre successivo a quello di invio del file contenente i dati anagrafici o dal primo giorno del primo mese di un trimestre successivo, a loro scelta. Tale opzione dovrà comunque essere esercitata al momento dell'iscrizione alla Cassa.

Nel secondo caso i dati anagrafici del tirocinante verranno inseriti nel

file che verrà inviato nel mese precedente il trimestre di decorrenza della garanzia.

Secondo quanto previsto dal normativo contrattuale, per gli inserimenti nel primo semestre assicurativo verrà versato l'intero premio annuo, per le inclusioni nel secondo semestre assicurativo l'importo sarà pari al 60% del premio annuo.

All'inizio di ogni trimestralità verrà quindi emesso il relativo atto di variazione franco di costi per la Cassa per la regolarizzazione delle inclusioni dei tirocinanti avvenute nella trimestralità precedente.

## 9.2. 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.

## 9.3. Limiti di età

- Per gli Iscritti attivi non è previsto alcun limite di età.
- Per i Pensionati attivi l'Assicurazione può essere stipulata e/o rinnovata da persone che, al momento della stipulazione del contratto, non abbiano superato l'80° anno di età e può essere mantenuta fino al raggiungimento dell'80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.
- Per il nucleo familiare del titolare l'Assicurazione può essere stipulata e/o rinnovata da persone che, al momento della

stipulazione del contratto, non abbiano superato l'80° anno di età e può essere mantenuta fino al raggiungimento dell'80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dell'Assicurato.

## 9.4. 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'Isritto.

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

## 9.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Isritti 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'Isritto.

## 10. ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- A. Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiocirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.**

Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

- B. Interventi per trapianti:** tutti. Vengono compresi in aggiunta al Ricovero principale anche i Ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, inoltre, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato.

- C. Interventi ortopedici di 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.

- D. Interventi di neurochirurgia per:**

- craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
- 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 saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose;
- endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- neurotomia retrogasseriana;
- interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica;
- interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni
- meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, 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.

#### **E. Interventi di cardiocirurgia 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;
- Cardioplastica.

#### **F. Interventi di chirurgia vascolare per:**

- aneurismi arteriosi o artero-venosi;
- stenosi ad ostruzione arteriosa;
- disostruzione by-pass aorta addominale;
- trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- bypass aortocoronarico.

#### **G. 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.

#### **H. 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/esofagoplastica;
- intervento per mega-esofago ed esofagite da reflusso;
- resezione gastrica totale;
- resezione gastro-digiunale e gastroectomia;
- 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 laparotomica;
- papillotomia per via transduodenale;
- intervento di asportazione della milza;
- resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione;
- interventi di asportazione per ernia ombelicale o epigastrica complicata o recidiva.

### **I. 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.

### **J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:**

- odontocheratoprosesi;
- timpanoplastica;
- chirurgia endoauricolare della vertigine;
- chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- trattamenti del glaucoma (trabeculectomia, iridocicloretrazione, ecc);
- chirurgia della sordità otosclerotica;
- Ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi di dinalità estetica);
- reimpianto orecchio amputato;
- ricostruzione orecchio medio;
- incisione, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

### **K. Interventi di chirurgia toracica per:**

- pneumectomia totale o parziale;
- lobectomia polmonare;
- intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- interventi per fistole bronchiali;
- interventi per echinococchi polmonare;
- resezione segmentale del polmone;
- dissezione radicale delle strutture toraciche;
- trapianto di midollo osseo.

#### **L. Interventi di chirurgia pediatrica per:**

- idrocefalo ipersecretivo;
- polmone cistico e policistico;
- atresia dell'esofago;
- fistola dell'esofago;
- atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale;
- pseudocisti e fistole pancreatiche.

#### **M. terapie radianti e chemioterapiche**

## **11. ALLEGATO 2 - ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI**

### **A) Infarto miocardico acuto.**

### **B) Insufficienza cardiorespiratoria 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 necessitano di Intervento Chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato.**

**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.**

**Inoltre sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:**

**I. Tetraplegia.**

**J. Sclerosi multipla.**

**K. Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).**

**L. Alzheimer.**

**M. Morbo di Parkinson caratterizzato da:**

I. riduzione attività motoria;

II. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.



