

# UNISALUTE



## Guida al Piano Sanitario BASE



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E  
ASSISTENZA DEGLI PSICOLOGI



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA  
ED ASSISTENZA PER GLI PSICOLOGI

**Servizio di consulenza ai clienti**

**Numero Verde  
800-822467**

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

orari:

**8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì**

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

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

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

**Unisalute S.p.A. - Funzione Reclami Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna  
fax 051- 6386125 e-mail [reclami@unisalute.it](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'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: [www.unisalute.it](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 ENPAP**

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

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



# 1. SOMMARIO

<b>2.</b>	<b>BENVENUTO TRA GLI ASSICURATI UNISALUTE.....</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....</b>	<b>7</b>
3.1.	Per prima cosa contatta Unisalute .....	7
3.2.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute .....	8
3.3.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute .....	9
3.4.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale .....	10
3.5.	Professione intramuraria .....	11
<b>4.</b>	<b>SERVIZI ON-LINE SU WWW.UNISALUTE.IT.....</b>	<b>11</b>
4.1	Come faccio a registrarli al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Clienti riservata?.....	12
4.2	Come faccio a prenotare on-line le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?.....	12
4.3	Come faccio ad aggiornare on-line i miei dati?.....	12
4.4	Come faccio a chiedere on-line il rimborso di un sinistro? .....	13
4.5	Come faccio a consultare l'estratto conto on-line e lo stato dei miei sinistri?.....	13
4.6	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate? .....	14
4.7	Come posso ottenere pareri medici on-line? .....	14
<b>5.</b>	<b>LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA .....</b>	<b>14</b>
<b>6.</b>	<b>LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....</b>	<b>15</b>
6.1.	Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio.....	15
6.1.1	Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico .....	17
6.1.2	Rimpatrio della salma per grande intervento chirurgico.....	17
6.1.3	Trapianti a seguito di malattia e infortunio.....	17
6.1.4	Grandi interventi chirurgici che necessitano di tratt. medico domiciliare .....	17
6.1.5	Indennità di convalida per grande intervento chirurgico (Iscritto).....	18
6.2.	Ricovero in istituto di cura per grave evento morboso .....	18
6.2.1	Trasporto sanitario per grave evento morboso .....	20
6.2.2	Gravi eventi morbosi che necessitano di trattamento medico domiciliare.....	20
6.2.3	Indennità di convalida per grave evento morboso(per il solo Iscritto) .....	20
6.3.	Indennità sostitutiva per ricovero a seguito di grande intervento chirurgico e grave evento morboso.....	21
6.4.	Il massimale dell'area ricovero per grande int chir e grave evento morboso .....	21
6.5.	Prestazioni di alta diagnostica.....	21
6.6.	Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero .....	22
6.7.	Servizi di consulenza e assistenza .....	23
<b>7.</b>	<b>CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO .....</b>	<b>27</b>
<b>8.</b>	<b>ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI .....</b>	<b>28</b>
8.1.	Inclusioni/esclusioni.....	28
8.2.	Estensione territoriale .....	29
8.3.	Gestione dei documenti di spesa.....	30
8.4.	Quali riepiolighi invia Unisalute nel corso dell'anno?.....	30
<b>9.</b>	<b>PREMI.....</b>	<b>30</b>
<b>10.</b>	<b>ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....</b>	<b>31</b>
<b>11.</b>	<b>ALLEGATO 2 - ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI.....</b>	<b>34</b>



## 2. **BENVENUTO TRA GLI ASSICURATI UNISALUTE**

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

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

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

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

### **www.unisalute.it: i nuovi servizi on line**

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

## 3. **COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO**

### **3.1. Per prima cosa contatta Unisalute**

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

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

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

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

In caso di **esame di alta diagnostica** in una struttura sanitaria convenzionata con Unisalute ti consigliamo di effettuare la **prenotazione on line sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)** come indicato nel capitolo 4 della presente guida. E' molto più semplice e ti permette di risparmiare tempo.

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

### 3.2. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

L'elenco, sempre aggiornato, è disponibile su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) nell'area riservata ai clienti o telefonando alla Centrale Operativa.

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

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

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

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

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

All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e

lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà UniSalute ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dal Cliente).

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

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

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

#### Attenzione

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

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

### 3.3. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantire al Cliente la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la facoltà di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute.

In questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

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

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

- il modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente guida oppure sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) al termine della procedura di Denuncia del sinistro on line (vedi capitolo 4);

- in caso di **ricovero ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale. Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in COPIA in cui risulti il quietanziamento. **Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da Unisalute.**

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

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

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

### **3.4. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale**

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

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

- Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato;
- Corresponsione in alternativa di un' indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso, le cui modalità descriveremo più avanti.

In entrambi i casi per richiedere il rimborso occorre seguire le modalità descritte nel punto precedente (3.3).

### 3.5. Professione intramuraria

Se il ricovero avviene in un reparto a pagamento all'interno di un ospedale pubblico si parla di professione intramuraria e il costo rimane a carico del paziente. UniSalute, però, liquiderà i sinistri con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con UniSalute. Nei due casi valgono le norme appena esposte (3.2 e 3.3).

## 4. SERVIZI ON-LINE SU WWW.UNISALUTE.IT

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

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

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

#### 4.1 Come faccio a registrarmi al sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) per accedere ai servizi nell'Area Clienti riservata?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti che trovi sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

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

Nella home page del sito [www.unisalute.it](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 on-line le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

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

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

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione;

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

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

In base alle tue esigenze puoi:

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


#### Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Potrai infatti ricevere conferma dell'appuntamento fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; comunicazione dell'autorizzazione ad effettuare

la prestazione; notifica di ricezione della documentazione che ci ha inviato per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **pagamento del sinistro**.

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

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

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

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

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

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

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

L'estratto conto on-line è stato realizzato per fornirti un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

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

Puoi visualizzare tutte le informazioni di tuo interesse:

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

E' inoltre possibile visualizzare lo stato dei sinistri:

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

Inoltre per ogni documento tuo e dei tuoi familiari vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. 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 clicca sul pulsante **ARANCIO “le prestazioni del tuo piano e le strutture sanitarie convenzionate”**. Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

#### 4.7 Come posso ottenere pareri medici on-line?

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

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

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

Sono ammessi all'assistenza sanitaria integrativa:

- 1) Psicologo iscritto all'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza degli Psicologi ed in attività, che versa contributi al medesimo Ente.
- 2) Colui che percepisce trattamento pensionistico dall'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza degli Psicologi, ma ha cessato la sua qualifica di Iscritto come identificata in precedenza. Si considerano pensionati anche i titolari di pensione indiretta o di reversibilità.
- 3) Nucleo familiare dell'assicurato (iscritto/pensionato ENPAP), il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria. Sono, altresì, equiparabili ai figli, ai fini della copertura assicurativa, i figli del coniuge o del convivente.

## 6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti garanzie:

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1);
- ricovero in Istituto di cura per grave evento morboso (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 2);
- prestazioni di alta diagnostica;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- servizi di consulenza e assistenza.

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

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

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

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

<b>Pre-ricovero</b>	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 125 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, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

<b>Rette di degenza</b>	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
<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 a non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un numero massimo di 30 giorni per ricovero.
<b>Post-ricovero</b>	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse con l'applicazione di una franchigia di € 1.500,00 per sinistro, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

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

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del 30% a carico dell'Assicurato con il minimo non indennizzabile di € 1.500,00 per sinistro, ad eccezione della garanzia "Accompagnatore" che prevede specifici limiti.

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

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con l'applicazione dello scoperto o del

minimo non indennizzabile previsti 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. 6.3).

#### **6.1.1 Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico**

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto sanitario dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura, anche all'estero, ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.000,00 per ricovero.

#### **6.1.2 Rimpatrio della salma per grande intervento chirurgico**

Il Piano sanitario rimborsa le spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero conseguente a un sinistro indennizzabile a termini di polizza con il massimo di € 1.500,00.

#### **6.1.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio" e 6.1.1 "Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

#### **6.1.4 Grandi interventi chirurgici che necessitano di trattamento medico domiciliare**

Il Piano sanitario per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero per grande intervento chirurgico indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

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

**6.1.5 Indennità di convalescenza per grande intervento chirurgico (garanzia operante per il solo Iscritto)**

In caso di ricovero per grande intervento chirurgico con durata minima di 20 giorni consecutivi di degenza, successivamente alle dimissioni, verrà corrisposta un'indennità giornaliera di convalescenza di € 100,00 per un numero massimo di 30 giorni per ricovero.

La convalescenza deve essere prescritta dall'Istituto di Cura all'atto delle dimissioni o, in un momento immediatamente successivo alle dimissioni, dal medico curante.

**6.2. Ricovero in istituto di cura per grave evento morboso**

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 il Cliente Assicurato venga ricoverato in assenza di intervento chirurgico a seguito di un grave evento morboso può godere delle seguenti prestazioni:

<b>Pre-ricovero</b>	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
<b>Assistenza medica, medicinali, cure</b>	Per prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
<b>Rette di degenza</b>	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

<p><b>Accompagnatore</b></p>	<p>Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura, o struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per un numero massimo di 30 giorni per ricovero.</p>
<p><b>Assistenza infermieristica privata individuale</b></p>	<p>Per assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.</p>
<p><b>Post-ricovero</b></p>	<p>Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.</p>

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse con l'applicazione di una franchigia di € 1.500,00 per sinistro, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

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

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del 30% a carico dell'Assicurato con il minimo non indennizzabile di € 1.500,00 per sinistro, ad eccezione delle garanzie "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 o del minimo non indennizzabile previsti 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. 6.3).

### **6.2.1 Trasporto sanitario per grave evento morboso**

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto sanitario dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura, anche all'estero, ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.000,00 per ricovero.

### **6.2.2 Gravi eventi morbosi che necessitano di trattamento medico domiciliare**

Il Piano sanitario per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero per grave evento morboso indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

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

### **6.2.3 Indennità di convalescenza per grave evento morboso(garanzia operante per il solo Iscritto)**

In caso di ricovero per grave evento morboso con durata minima di 20 giorni consecutivi di degenza, successivamente alle dimissioni, verrà corrisposta un'indennità giornaliera di convalescenza di € 100,00 per un numero massimo di 30 giorni per ricovero.

La convalescenza deve essere prescritta dall'Istituto di Cura all'atto delle dimissioni o, in un momento immediatamente successivo alle dimissioni, dal medico curante.

### 6.3. Indennità sostitutiva per ricovero a seguito di grande intervento chirurgico e grave evento morboso

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 75,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per persona e anno assicurativo. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo sopra indicato per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

### 6.4. Il massimale dell'area ricovero per grande intervento chirurgico e grave evento morboso

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

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

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

### 6.5. Prestazioni di alta diagnostica

<b>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Angiografia</li><li>• Artrografia</li><li>• Broncografia</li><li>• Chemioterapia</li><li>• Cisternografia</li><li>• Cistografia</li><li>• Cistouretrografia</li><li>• Clisma opaco</li><li>• Cobaltoterapia</li><li>• Colangiografia intravenosa</li><li>• Colangiografia percutanea (PTC)</li><li>• Colangiografia trans Kehr</li><li>• Colecistografia</li><li>• Dacriocistografia</li><li>• Defecografia</li><li>• Dialisi</li><li>• Ecocardiografia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Laserterapia a scopo fisioterapico</li><li>• Linfografia</li><li>• Mammografia o Mammografia Digitale</li><li>• Mielografia</li><li>• PET</li><li>• Radioterapia</li><li>• Retinografia</li><li>• Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)</li><li>• Rx esofago con mezzo di contrasto</li><li>• Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto</li><li>• Rx tenue e colon con mezzo di contrasto</li><li>• Scialografia</li><li>• Scintigrafia</li><li>• Splenoportografia</li></ul>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elettroencefalogramma</li> <li>• Elettromiografia</li> <li>• Fistelografia</li> <li>• Flebografia</li> <li>• Fluorangiografia</li> <li>• Galattografia</li> <li>• Isterosalpingografia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)</li> <li>• Urografia</li> <li>• Vesciculodeferentografia</li> <li>• Videoangiografia</li> <li>• Wirsunggrafia</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 € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere pagata 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 nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 75,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

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

**La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.500,00 per nucleo familiare.**

## **6.6. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero**

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 "Casi di non operatività del Piano" al punto C, la Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgono 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 medica 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.

- **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 scoperti o franchigie.

- **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 € 3.000,00 per persona.

## 6.7. Servizi di consulenza e assistenza

### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-822467 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

### Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 39 051-6389046.

#### **a) Informazioni telefoniche**

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

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

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

La Centrale Operativa fornisce a richiesta dell'assicurato un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dal presente piano assicurativo, nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

#### **Prestazioni di assistenza**

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

Dall'estero bisogna comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 051-6389048.

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

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

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

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 km.

#### **e) Invio di un medico**

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, 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'Assicurato nel centro medico idoneo

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

**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) Trasferimento in centro medico specializzato**

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

**All'estero**

La Società offre, in collaborazione con IMA Italia S.p.A., inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia +39 051-4161781.

**h) Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario

(prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di €150,00 per sinistro.

#### **i) Invio di medicinali urgenti all'estero**

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

#### **l) Rimpatrio sanitario**

Nel caso in cui l'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, 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'Assicurato di proseguire il viaggio.

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

## 7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

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

- a. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici\* o di malformazioni\*\* preesistenti alla stipulazione del contratto;
- b. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- c. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- d. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- e. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- f. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- g. 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.
- h. 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.
- i. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- j. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- k. 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;
- l. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;

- m. 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;
- n. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- o. 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 Assicurati  
per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in  
merito a situazioni di non immediata definibilità.**

## **8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI**

### **8.1. Inclusioni/esclusioni**

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

Il nucleo familiare come indicato al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura" può essere incluso mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo entro 45 giorni dalla data di sottoscrizione della polizza; oltre detto termine, potrà essere incluso esclusivamente il nucleo familiare di nuovi iscritti, salvo che la Società e l'Ente non si accordino per una riapertura dei termini di adesione. Nel caso di decadenza del diritto alla copertura dei componenti del nucleo familiare, la garanzia nei loro confronti sarà operante fino alla scadenza annuale.

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

Salvo quanto previsto al precedente punto 1, l'inclusione di familiari come definiti al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura", in un momento successivo alla decorrenza della polizza, è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite o, per i figli, nel caso di sopravvenuta ricorrenza delle condizioni per il diritto alla copertura; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla 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 60 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 all'Ente**

Nel caso di nuove iscrizioni all'Enpap, la copertura decorre dal giorno della comunicazione dell'iscrizione da parte dell'Ente alla Società.

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

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

### **4) Inclusione di pensionati**

Gli associati all'Ente che risultino titolari di pensione erogata dall'Enpap stesso anche indiretta o di reversibilità alla data di decorrenza della copertura, potranno aderire al piano sanitario solo per se stessi o anche per il nucleo familiare mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio entro 45 giorni dalla data di sottoscrizione della polizza.

Qualora non aderiscano entro il termine sopraindicato, non potranno più essere inclusi nella copertura.

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

Nel caso di decesso del pensionato gli eventuali familiari assicurati saranno mantenuti in garanzia fino alla prima scadenza utile.

### **5) Cessazione dell'iscrizione all'Ente**

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

### **6) Decesso dell'iscritto**

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

## **8.2. Estensione territoriale**

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime

modalità con cui è operante in Italia.

### 8.3. Gestione dei documenti di spesa

#### A) prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

#### B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge, mentre - qualora la UniSalute dovesse richiedere all'Assicurato la produzione degli originali - verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

### 8.4. Quali riepiloghi invia Unisalute nel corso dell'anno?

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

- **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'assicurato.

## 9. PREMI

Il premio annuo lordo complessivo, da considerare indivisibile è determinato sulla base delle seguenti specificazioni:

#### Coperture collettive

Isritto	A carico ENPAP
1 familiare	€ 46,00
2 familiari o più	€ 82,80

#### Coperture individuali

Tale previsione si applica per gli Assicurati che in virtù del sopravvenuto *status* di pensionato non possano più fruire della adesione in forma collettiva e aderiscano in forma individuale.

Pensionato	€ 70,00
Pensionato + 1 familiare	€ 140,00
Pensionato + 2 familiari	€ 196,00

## **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.**

**C) Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi.**

**D) Interventi di neurochirurgia per:**

- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
- 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
- 3) intervento per encefalomeningocele;
- 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
- 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- 9) cardiotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- 10) neurotomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meielemenoingocele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.

**E) Interventi di cardiocirurgia per:**

- 1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o

- complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);  
2) tutti gli interventi a cuore chiuso;  
3) impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

**F) Interventi di chirurgia vascolare per:**

- 1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- 2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
- 3) disostruzione by-pass aorta addominale;
- 4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 6) by pass aortocoronarico.

**G) Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:**

- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
- 2) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- 4) anchilosi temporo-mandibolare.

**H) Interventi di chirurgia generale per:**

- 1) diverticolosi esofagea;
- 2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
- 3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- 4) echinococcosi epatica e/o polmonare;
- 5) cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
- 6) pancreatite acuta;
- 7) broncoscopia operativa;
- 8) resezione epatica;
- 9) epatico e coledocotomia;
- 10) interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- 11) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
- 12) laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- 13) interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- 14) intervento per mega-esofago;
- 15) resezione gastrica totale;
- 16) resezione gastro-digiunale;
- 17) intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- 18) interventi di amputazione del retto-ano;
- 19) interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- 20) drenaggio di ascesso epatico;
- 21) interventi chirurgici per ipertensione portale;
- 22) interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- 23) papillotomia per via transduodenale;
- 24) intervento di asportazione della milza;
- 25) resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

**I) Interventi di chirurgia urogenitale per:**

- 1) fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica;
- 4) nefroureterectomia radicale;
- 5) surrenalectomia;
- 6) interventi di cistectomia totale;
- 7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- 8) cistoprostatovesicolectomia;
- 9) leocisto plastica;
- 10) colecisto plastica;
- 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

**J) Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:**

- 1) odontocheratoprosi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridociclotrazione, ecc).
- 6) chirurgica della sordità otosclerotica.

**K) Interventi di chirurgia toracica per:**

- 1) pneumectomia totale o parziale
- 2) lobectomia polmonare
- 3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- 4) interventi per fistole bronchiali
- 5) interventi per echinococchi polmonare

**L) Interventi di chirurgia pediatrica per:**

- 1) idrocefalo ipersecretivo;
- 2) polmone cistico e policistico;
- 3) atresia dell'esofago;
- 4) fistola dell'esofago;
- 5) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- 6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- 7) megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- 8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- 9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

## **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 - accertamenti e 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 caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni

**F) Stato di coma**

**G) Ustioni di terzo grado** con estensione pari almeno al 20% del corpo

**H) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale**