

Guida al Piano sanitario

FONDO INTESA SAN PAOLO
Agenti, mediatori e pensionati
(Appendice 3)
Edizione dicembre 2021

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

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il

Numero Verde

800-009918

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 UniSalute da App Store e Play Store.

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

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

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

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

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

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

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

Guida al Piano sanitario

Agenti, mediatori e pensionati

FONDO INTESA SAN PAOLO

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.

The logo for UniSalute features the word "UniSalute" in a bold, sans-serif font. The "U" is green, and the "niSalute" is dark blue. Below the main text, the tagline "SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE" is written in a smaller, green, all-caps font.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

1. SOMMARIO.....	4
2. BENVENUTO.....	6
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	6
3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	6
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4. SERVIZI ONLINE E MOBILE	9
4.1. Il sito di UniSalute	9
4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
4.1.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.1.7. Come posso ottenere pareri medici?	12
4.2. L'app di UniSalute	12
4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	13
4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	14
4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	14
5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	15
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	16
6.1. Ricovero in istituto di cura	17
6.2. Trasporto sanitario	19
6.3. Day-hospital	20
6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale	20
6.5. Trapianti	20
6.6. Neonati (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)	21
6.7. Interventi ricostruttivi	21
6.8. Rimpatrio della salma	21
6.9. Indennità sostitutiva	21
6.10. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	22
6.11. Diagnostica e terapie	22
6.12. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	25
6.12.1. Visite specialistiche	25
6.12.2. Accertamenti diagnostici	26
6.13. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici da infortunio e da pronto soccorso (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)	28
6.14. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o patologie particolari (Ictus, Neoplasie invalidanti, Patologie degenerative encefaliche e midollari) (Copertura non	

prevista per età pari o superiore a 62 anni)	28
6.15. Pacchetto maternità, parto e aborto (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)	29
6.16. Cure oncologiche	30
6.17. Prestazioni odontoiatriche particolari	31
6.18. Cure dentarie- prestazioni di implantologia (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)	32
6.19. Prestazioni diagnostiche particolari (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)	32
6.20. Altre garanzie (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)	34
6.20.1. Prevenzione Herpes Zoster	34
6.20.2. Trisomia 21- Sindrome di Down (Figli Iscritto)	34
6.21. Servizi di consulenza	34
7. CONTRIBUTI	35
8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	36
9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	39
9.1. Inclusioni/esclusioni	39
9.2. Validità territoriale	41
9.3. Limiti di età	42
9.4. Gestione dei documenti di spesa	42
9.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	42
10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	43

2. BENVENUTO

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

I servizi online offerti da UniSalute

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

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

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



Prenotazione veloce

Prenota online o su app e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

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

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

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

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



Richiesta rimborso online

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

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

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

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

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

- 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.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. È facile e veloce!**

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

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

4.1. Il sito di UniSalute

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

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;**
- **verificare e aggiornare** i tuoi dati e le tue **coordinate bancarie;**
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni e inviare la documentazione direttamente dal sito (upload);**
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario;**
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate;**
- ottenere **pareri medici.**

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

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

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

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

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di

protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri. Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

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

4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Accedi all'area clienti e accedi **alla funzione "Prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

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



Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

4.1.4. 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. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO**.

4.1.5. 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.

4.1.6. 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.

4.1.7. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

4.2. L'app di UniSalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;

- **visualizzare l’agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l’estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

4.2.1. 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 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!

4.2.2. 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!

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

Puoi richiedere tramite l’app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.

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

4.2.4. Come faccio a consultare l’estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Nell’omonima sezione puoi consultare l’estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

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

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

motivazione della mancata liquidazione.

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

Integra la documentazione mancante

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

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

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestatato a favore:

- degli Agenti/Mediatori di Intesa Sanpaolo con contratto da almeno 6 mesi e dei rispettivi familiari inclusi in copertura;
- dei pensionati iscritti al Fondo Sanitario Integrativo che abbiano optato per la gestione mista e dei rispettivi familiari inclusi in copertura.

Gli iscritti, a richiesta, possono rendere beneficiari delle prestazioni i seguenti familiari:

- fiscalmente a carico:
 - coniuge in assenza di separazione legale o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;
 - i figli (anche se adottati, in affidamento preadottivo o permanentemente inabili al lavoro);
 - altri familiari (parenti in linea retta o collaterale – genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli) purché di età non superiore a 80 anni e conviventi da stato di famiglia anagrafico dell’iscritto anche autocertificato nei termini di legge.

- fiscalmente non a carico (con premio a carico dell'Isritto):
- coniuge in assenza di separazione legale o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;
- coniuge di fatto;
- figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo purché conviventi con uno dei genitori;
- figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo, del coniuge non legalmente separato o di fatto o unito civilmente;
- genitori di età non superiore a 80 anni;
- fratelli e/o sorelle conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'isritto.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Isritto per:

- ricovero in Istituto di cura, a seguito di malattia e infortunio per Grandi Interventi Chirurgici e per Gravi Malattie ;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- indennità sostitutiva;
- prestazioni di diagnostica e terapia;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- ticket per accertamenti e pronto soccorso;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o patologie particolari;
- pacchetto maternità, parto e aborto;
- cure oncologiche;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure dentarie/implantologia;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- altre garanzie;
- servizi di consulenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura

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

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
Rette di degenza	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 100,00 al giorno.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 30,00 al giorno per un

	massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 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 prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **10%**, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione, ad eccezione della copertura "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevede specifici limiti.

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

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

- **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'Isritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'Isritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

Qualora l'Isritto sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Isritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva”.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Isritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute” ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute”.

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

Le **spese relative al ricovero**, per quanto riguarda le competenze fatturate dalle strutture sanitarie convenzionate, verranno liquidate direttamente da Unisalute alle strutture stesse con l'applicazione di uno scoperto del 10%, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione, ad eccezione della copertura “Assistenza infermieristica privata individuale” che prevede specifici limiti.

Le **spese relative a prestazioni non fatturate dalla struttura convenzionata** (onorari fatturati dall'equipe medica, spese per accompagnatore, ecc) vengono rimborsate nella misura del **80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00**, ad eccezione delle coperture “Retta di degenza”, “Accompagnatore” e “Assistenza infermieristica privata individuale” che prevedono specifici limiti.

6.2. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Isritto in

ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per ricovero.

6.3. Day-hospital

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 al paragrafo "Ricovero in istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale

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

6.5. Trapianti

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

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

6.6. Neonati (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le spese per le prestazioni di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura" "Intervento chirurgico", ai punti "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Accompagnatore", "Post-ricovero" nel limite annuo di **€ 10.000,00 per neonato** sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

6.7. Interventi ricostruttivi

Il Piano sanitario provvede al rimborso delle spese per gli interventi ricostruttivi, avvenuti in vigenza di copertura, se conseguenti a interventi demolitivi di natura oncologica per qualunque sede anatomica. Nel caso di neoplasia mammaria, tale garanzia interviene in caso di mastectomia radicale. È compresa anche la simmetrizzazione effettuata in concomitanza con tale intervento.

Tale garanzia opera anche in caso di:

- intervento ricostruttivo con natura estetica;
- intervento ricostruttivo effettuato in un secondo momento rispetto all'intervento demolitivo.

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 5.000,00 per anno associativo, elevato a € 8.000 in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria.**

6.8. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 1.500,00** per anno associativo e per nucleo familiare.

6.9. Indennità sostitutiva

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a

un'indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per ricovero. Tale indennizzo viene elevato a **€ 100,00** dal **31°** giorno fino al **100°** giorno di 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.

L'indennità non viene riconosciuta in caso di permanenza in pronto soccorso/astanteria (OBI) se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria.

Le spese relative alle garanzie di "pre" e "post ricovero" in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali scoperti o franchigie nel limite di **€ 2.000,00** per nucleo familiare.

6.10. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 90.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare, in caso di ricovero in strutture o medici non convenzionati, è previsto un sottolimito di **€ 8.000,00** per ogni ricovero. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

6.11. Diagnostica e terapie

Radiologia convenzionale (senza contrasto) <ul style="list-style-type: none">- Esami radiologici apparato osteoarticolare- Mammografia (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)- Mammografia bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta	Tomografia computerizzata (TAC) <ul style="list-style-type: none">- Angio tc- Angio tc distretti eso o endocranici- Tc spirale multistrato (64 strati)- tc con e senza mezzo di contrasto Risonanza magnetica (RMN) <ul style="list-style-type: none">- Cine rm cuore- Angio rm con contrasto
---	--

<p>solo la prescrizione medica, ma non la patologia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ortopanoramica - RX colonna vertebrale in toto - RX di organo apparato <ul style="list-style-type: none"> - RX endorali - RX esofago - RX esofago esame diretto <ul style="list-style-type: none"> - RX tenue seriato - RX tubo digerente - RX tubo digerente prime vie - RX tubo digerente seconde vie - Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati <p style="text-align: center;">Radiologia convenzionale (con contrasto)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angiografia (sono compresi gli Esami radiologici apparato circolatorio) <ul style="list-style-type: none"> - Artrografia - Broncografia - Cavernosografia - Cisternografia - Cistografia - Cistografia/doppio contrasto - Cisturografia minzionale - Clisma opaco e/a doppio contrasto - Colangiografia/Colangiografia percutanea - Colangiopancreatografia retrograda <ul style="list-style-type: none"> - Colecistografia - Colpografia - Coronarografia - Dacriocistografia - Defecografia - Discografia - esame urodinamico <ul style="list-style-type: none"> - Fistelografia - Fluorangiografia - Galattografia - Isterosalpingografia <ul style="list-style-type: none"> - Linfografia - Mielografia - Pneumoencefalografia - Qualsiasi esame contrastografico in 	<ul style="list-style-type: none"> - Rmn con e senza mezzo di contrasto <p style="text-align: center;">Pet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo/distretto/apparato) <p style="text-align: center;">Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scintigrafia di Qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia) - Medicina nucleare in vivo - Tomoscintigrafia SPET miocardica - Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate <p style="text-align: center;">Diagnostica strumentale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campimetria - Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter) - Elettroencefalogramma - Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno - Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore <ul style="list-style-type: none"> - Elettromiografia (emg) - Elettroretinogramma - Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa - Ph-metria esofagea gastrica <ul style="list-style-type: none"> - Potenziali evocati - Spirometria - Tomografia mappa strumentale della cornea <p style="text-align: center;">Biopsie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biopsia guidata - Biopsia muscolare - Biopsia prostatica - Mapping vescicale <p style="text-align: center;">Endoscopie diagnostiche</p>
--	---

<p>radiologia interventistica</p> <ul style="list-style-type: none"> - RX esofago con contrasto opaco/doppio contrasto - RX piccolo intestino con doppio contrasto - RX stomaco con doppio contrasto - RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo - RX tubo digerente completo compreso esofago con contrasto - Scialografia con contrasto <ul style="list-style-type: none"> - Splenoportografia - Uretrocistografia - Urografia - Vesiculodeferentografia - Wirsungrafia <p style="text-align: center;">Ecografie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografia mammaria - Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale - Ecografia prostatica anche transrettale - Ecografia addome superiore <p style="text-align: center;">Ecocolordopplergrafia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecodoppler cardiaco compreso color <ul style="list-style-type: none"> - Ecocolordoppler arti inferiori e superiori - Ecocolordoppler aorta addominale - Ecocolordoppler tronchi sovraortici 	<ul style="list-style-type: none"> - Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.c.) - Cistoscopia diagnostica - Esofagogastroduodenoscopia - Pancoloscopia diagnostica - Rettoscopia diagnostica - Rettosigmoidoscopia diagnostica - Tracheobroncoscopia diagnostica <p style="text-align: center;">Varie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biopsia del linfonodo sentinella <ul style="list-style-type: none"> - Emogasanalisi arteriosa - Laserterapia a scopo fisioterapico <ul style="list-style-type: none"> - Lavaggio bronco alveolare endoscopico - Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere <p style="text-align: center;">Terapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chemioterapia - Radioterapia - Dialisi
---	---

Si precisa che, nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso d'esame in endoscopie operative, il Piano sanitario garantisce la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza d'importo relativa all'atto operatorio rimane a carico dell'Isritto.

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di

€ 35,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapie. L'Isritto 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 **€ 60,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della 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'Isritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

6.12. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il limite di spesa annuo a disposizione per il complesso delle coperture sotto elencate ai punti "Visite specialistiche", "Accertamenti diagnostici", è di € 500,00 per persona.

6.12.1. Visite specialistiche

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per visite specialistiche e visite omeopatiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la

quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Per Iscritti di età fino a 61 anni:

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio 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'Iscritto.

Per Iscritti di età uguale o superiore a 62 anni:

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio 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'Iscritto.

6.12.2. Accertamenti diagnostici

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

Per Iscritti di età fino a 61 anni:

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio 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'Iscritto.

Per Iscritti di età uguale o superiore a 62 anni:

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 35,00 per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio 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'Iscritto.

6.13. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici da infortunio e da pronto soccorso (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)

Il Piano sanitario provvede al **rimborso integrale** delle spese sostenute per i ticket per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, **non rientranti fra quelli previsti dalla garanzia “Diagnostica e terapie”** e per i ticket sanitari di pronto soccorso, nel caso in cui l’Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale.

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

6.14. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o patologie particolari (Ictus, Neoplasie invalidanti, Patologie degenerative encefaliche e midollari) (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, compresa l’agopuntura, a seguito di patologie particolari (Ictus, Neoplasie invalidanti, Patologie degenerative encefaliche e midollari) o di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

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

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l’applicazione di un minimo non

indennizzabile di € 35,00 per ogni ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio 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'Iscritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 300,00 per persona, è previsto un sotto-limite di € 150,00 per agopuntura.

6.15. Pacchetto maternità, parto e aborto (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)

Il Piano sanitario provvede al rimborso integrale delle spese sostenute dall'Iscritto per le seguenti prestazioni:

- Ecografie ostetriche;
- Analisi clinico chimiche ed indagini genetiche;
- Analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche);
- Amniocentesi;
- Villocentesi;
- Translucenza nucale;
- Test genetici prenatali non invasivi su DNA fetale;
- Ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.

È inoltre previsto il rimborso integrale delle spese sostenute dall'Iscritto per:

- Visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia;
- Controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all'apposito albo professionale;
- Una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore, nel numero massimo complessivo di 4 visite/controlli per gravidanza (6 per gravidanza a rischio).

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto o per aborto spontaneo o terapeutico, la Compagnia corrisponde **un'indennità di € 70,00 euro per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 giorni**. L'erogazione di tale indennità non rientra all'interno del massimale previsto dalla presente garanzia.

Il limite di spesa annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni su indicate è di € 1.000,00 per evento gravidanza.

6.16. Cure oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche il Piano sanitario liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day hospital).

Si intendono inclusi in copertura le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

- **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.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di franchigie o scoperti.

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

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

6.17. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga di quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano”, il Piano sanitario provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l’anno **in strutture sanitarie convenzionate con 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.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un’unica soluzione.

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

Restano invece a carico dell’Iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc. Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell’Iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell’arco dello stesso anno associativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

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

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l’applicazione di importi a carico dell’Iscritto.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto.

6.18. Cure dentarie- prestazioni di implantologia (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'applicazione degli impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

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

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione (massimo 4 denti per anno), l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 25% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute al momento dell'emissione della fattura.**

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.300,00 per nucleo familiare e così suddiviso:
Sotto-limite annuo per un impianto € 600,00
Sotto-limite annuo per due impianti € 1.100,00

6.19. Prestazioni diagnostiche particolari (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)

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

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- 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
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- 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

- Pap test

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei quarantacinque anni

- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei trentacinque anni

- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- Visita specialistica ginecologica

6.20. Altre garanzie (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)

6.20.1. Prevenzione Herpes Zoster

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute da ciascun iscritto, con età superiore ai 55 anni, ai fini della prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze.

Il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia di € 36,15 per vaccino/per persona.

Limite di spesa annuo illimitato

6.20.2. Trisomia 21- Sindrome di Down (Figli Iscritto)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down), UniSalute prevede l'erogazione di un indennizzo a forfait pari a € **10.000,00** per anno e per neonato, che sarà erogato nei primi 3 anni di vita del neonato.

6.21. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009918** dal lunedì al

venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici

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

7. CONTRIBUTI

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

- a) Agenti – Mediatori come indicato al punto “Persone per cui è operante la copertura”; **€ 205,00**
- b) Iscritti Pensionati come indicato al punto 2 “Persone per cui è operante la copertura”; **€ 500,00**

- c) Coniuge non fiscalmente a carico o “convivente more uxorio”; € **74,00**
- d) Ogni figlio non fiscalmente a carico anche se adottato od in affidamento preadottivo purché convivente con uno dei genitori; figli non fiscalmente a carico, anche se adottati o in affidamento preadottivo, del coniuge non legalmente separato o di fatto o unito civilmente; € **64,00**
- e) Ogni genitore non fiscalmente a carico di età non superiore a 80 anni; € **85,00**
- f) Ogni fratello e/o sorella non fiscalmente a carico conviventi da stato di famiglia anagrafico dell’iscritto; € **85,00**

L’attivazione delle opzioni c), d) ed e) f) comporta obbligatoriamente l’inserimento di tutti i familiari, intesi come figli o genitori, tutti semprechè risultanti dallo stato di famiglia. E’ fatta eccezione solo per il coniuge o il convivente more uxorio.

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

- 1) infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
- 2) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
- 3) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 4) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata

- di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
- 5) infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
 - 6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Isritto abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
 - 7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
 - 8) cura di malattie mentali nei casi in cui si dia luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge n. 833/1978;
 - 9) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e iscritti dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni;
 - 10) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze, salvo in caso di malformazioni neonatali
 - 11) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
 - 12) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
 - 13) i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto 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'Isritto 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.
- 14) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi l'indennità sostitutiva di cui all'art. 22
 - 15) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato
 - 16) interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
 - 17) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
 - 18) spese per vaccini
 - 19) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
 - 20) ricoveri impropri
 - 21) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze

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

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

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

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Inclusioni/esclusioni

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. "Persone per cui è operante la copertura", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Inclusione del coniuge, figli ed altri familiari tutti fiscalmente a carico e risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge, i figli e gli altri familiari del titolare tutti fiscalmente a carico possono essere inclusi anche in un momento successivo alla data di effetto del contratto.

In questo caso la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità associativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità associativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

2) Inclusione del coniuge, figli ed i genitori del titolare non a carico e convivente "more uxorio" tutti risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, il coniuge, i figli ed i genitori del titolare fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", come indicato all'articolo "persone per cui è operante la copertura", possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo entro 30 giorni dalla variazione dello stato di famiglia. Oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge, i figli ed i genitori fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto "Persone per cui è

operante la copertura” in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita 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. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo 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. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell’annualità associativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell’annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

4) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all’effetto di polizza

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto “Persone per cui è operante la copertura”, primo capoverso, decorre dal giorno dell’assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l’assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l’eventuale coniuge, figli o altri familiari del dipendente, come indicato all’articolo “persone per cui è operante la copertura”, tutti fiscalmente non a carico o il convivente “more uxorio”, tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all’atto dell’assunzione e non potrà inserirli successivamente. L’inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell’apposito modulo e pagamento del relativo premio.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge, di un figlio o di altri familiari del titolare, la garanzia cesserà dalla prima scadenza annuale di polizza e dovrà essere comunicata alla Società; al successivo rinnovo annuo la copertura potrà essere mantenuta con

versamento del premio da parte del dipendente per il coniuge, per il figlio e per gli altri familiari tutti fiscalmente non a carico. Qualora il coniuge, il figlio e/o gli altri familiari non venga mantenuto nella garanzia dal primo rinnovo successivo al momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio o di altri familiari, la garanzia resterà comunque attiva per l'iscritto interessato fino alla prima scadenza annuale di polizza alle medesime condizioni.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo associativo previste ai numeri 2, 3, 4 e 5 del presente punto, 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 associativo;
- al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre associativo.

Eventuali esclusioni verranno effettuate mediante restituzione all'iscritto del premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di esclusione e la prima scadenza utile di polizza, al netto delle imposte.

6) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari iscritti vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

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

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento dell'**80°anno** di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento dell'**80° anno** d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'80°anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

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'Iscritto.

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

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

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

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Iscritto.

10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:

NEOCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRA

- Asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale sferoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento latercervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasverso
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia
- Interventi sul cuore per via toracotomia
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
- Intervento per neoplasie pancreatiche
- Intervento per pancreatiche acuta o cronica per via laparotomica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolotomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefrouretonomia radicale
- Surrenalectomia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche

