

Guida al Piano sanitario

SEZIONE A
PIANO SANITARIO BASE
SEZIONE B
PIANO SANITARIO
INTEGRATIVO

Iscritti alla Cassa
Italiana di Previdenza
e Assistenza dei
Geometri
(CASSA GEOMETRI)

Edizione marzo 2021

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

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse dal 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

800-009618

Numero Verde dall'estero

00800-39009618

o in alternativa

0039514185618

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 per gli Iscritti alla Cassa
Italiana di Previdenza e Assistenza dei Geometri
(CASSA GEOMETRI)**

**SEZIONE A
PIANO SANITARIO BASE**

**SEZIONE B
PIANO SANITARIO INTEGRATIVO**

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.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

1. SOMMARIO

1.	SOMMARIO	4
2.	BENVENUTO	7
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	7
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	7
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	8
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	10
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	10
4.1.	Il sito di UniSalute	10
4.1.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	11
4.1.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.1.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	12
4.1.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	12
4.1.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	13
4.1.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.1.7.	Come posso ottenere pareri medici?	13
4.2.	L'app di UniSalute	14
4.2.1.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	14
4.2.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	15
4.2.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	15
4.2.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	16
5.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	16
6.	INCLUSIONI/ESCLUSIONI	18
7.	GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA.....	19
8.	QUALI RIEPILOGHI VENGONO INVIATI NEL CORSO DELL'ANNO?	19
9.	VALIDITÀ TERRITORIALE	20
	SEZIONE A	21
	PIANO SANITARIO BASE	21
1.	V LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	23
2.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	24
2.1.	Il limite di spesa annuo	25
2.2.	Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico	25
2.2.1	Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico	25
2.2.2	Trasporto sanitario	27

2.2.3	Trapianti	27
2.2.4	Apparecchi protesici e sanitari	28
2.2.5	Cure palliative e terapie del dolore	28
2.2.6	Rimpatrio della salma e costi funerari	28
2.3.	Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso	29
2.3.1	Ricovero in istituto di cura per grave evento morboso	29
2.3.2	Trasporto sanitario	30
2.3.3	Apparecchi protesici e sanitari	31
2.3.4	Cure palliative e terapie del dolore	31
2.3.5	Rimpatrio della salma e costi funerari	31
2.4.	Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso	31
2.4.1	Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso	31
2.4.2	Trasporto sanitario	32
2.4.3	Apparecchi protesici e sanitari	32
2.4.4	Cure palliative e terapie del dolore	33
2.4.5	Rimpatrio della salma e costi funerari	33
2.5.	Modalità di erogazione delle prestazioni dell'area ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso	33
2.6.	Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso	34
2.7.	Day-hospital per grande intervento chirurgico o grave evento morboso	35
2.8.	Anticipi	36
2.9.	Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	36
2.10.	Prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità e relativi nuclei familiari)	37
2.11.	Pacchetto maternità (copertura operante per i soli titolari)	39
2.12.	Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità e relativi nuclei familiari)	40
2.13.	Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità e relativi nuclei familiari)	42
2.14.	Cure per il neonato nel primo mese di vita	43
2.15.	Indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità e relativi nuclei familiari)	43
2.15.1	Definizione dello stato di non autosufficienza	45
2.15.2	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute	46
2.15.3	Modalità di riconoscimento del risarcimento/del rimborso/dell'erogazione dei servizi di assistenza	46
2.15.4	Fase d'istruttoria	48
2.15.5	Erogazione delle prestazioni	49
2.15.6	Servizio PAI per la non autosufficienza	50
2.15.7	Casi di non operatività della copertura	54
2.16.	Sindrome metabolica (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità e relativi nuclei familiari)	56
2.17.	Applicazione tariffe convenzionate	57
2.18.	Servizi di consulenza e assistenza	57
3.	CONTRIBUTI	60
4.	ALLEGATO A – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	62
5.	ALLEGATO B – ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI	67
SEZIONE B		70
PIANO SANITARIO INTEGRATIVO		70
(operante per i soli Iscritti che hanno attivato le coperture)		70
1.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	72

2.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	74
2.1.	Il limite di spesa annuo	74
2.2.	Ricovero in istituto di cura	75
2.3.	Trasporto sanitario in caso di ricovero con intervento chirurgico	77
2.4.	Day-hospital	78
2.5.	Intervento chirurgico ambulatoriale	78
2.6.	Parto e aborto terapeutico/spontaneo	78
2.6.1	Parto cesareo	78
2.6.2	Parto non cesareo e aborto terapeutico/spontaneo	79
2.7.	Indennità sostitutiva	79
2.8.	Cure per il neonato nel primo anno di vita	80
2.9.	Prestazioni extraospedaliere e domiciliari	80
2.9.1	Prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per il nucleo familiare, per l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato non iscritto in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base")	81
2.9.2	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	82
2.9.3	Modalità di erogazione delle prestazioni	82
2.10.	Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato non iscritto in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base")	83
2.11.	Protesi dentarie a seguito di infortunio	85
2.12.	Cure dentarie a seguito di infortunio	85
2.13.	Prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato non iscritto in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base")	86
3.	PERIODO DI CARENZA	86
4.	CONTRIBUTI	87

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!



Valutazione rimborso in 20 giorni

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

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

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

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. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Non sono garantite dal Piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi (esclusioni valide sia per "Sezione A Piano Sanitario Base" sia per "Sezione B Piano Sanitario Integrativo"):

1. eliminazione o correzione di difetti fisici* preesistenti e malformazioni**, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione inoltre non

opera in caso di difetti fisici preesistenti e malformazioni non obiettivamente visibili o clinicamente diagnosticati al momento dell'adesione al Piano sanitario e sconosciuti all'Iscritto in tale momento;

2. malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso e LTC così come definito dalle coperture del Piano sanitario, salvo quanto previsto dal Piano sanitario stesso;
3. gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Iscritto;
4. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
5. gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Iscritto attività professionale;
6. l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
7. le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile dal Piano sanitario indipendentemente da quando è avvenuto l'evento infortunio o intervento demolitivo;
8. i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura salvo quanto previsto dal Piano sanitario;
9. le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile nei termini, salvo quanto previsto dal Piano sanitario;
10. le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno

che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili dal Piano sanitario;

11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Iscritto abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
12. gli interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero ad eccezione di quelli indennizzabili dal Piano sanitario;
13. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale.

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

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

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

6. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

1) Inclusione dei nuclei familiari

L'inclusione di familiari in un momento successivo a quanto previsto dal Piano sanitario è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio, nuove nascite o adozioni, ovvero per scadenza della copertura sanitaria per quei familiari per i quali non sia stata effettuata l'estensione delle coperture come indicato al capitolo "Le persone per cui è operante la copertura". In questo caso il coniuge o il figlio potranno essere inseriti in copertura entro 60 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato di famiglia, ovvero della scadenza della copertura. Il contributo sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del Piano sanitario. La copertura avrà effetto dalla data di modifica dello stato di famiglia se la comunicazione viene effettuata entro il termine previsto di 60

giorni. Qualora la comunicazione fosse invece successiva a tale termine, la copertura avrà effetto dal giorno della comunicazione. L'Iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza del Piano sanitario non potranno più essere reinseriti.

2) Esclusione di Iscritti in corso d'anno

Il venir meno dei requisiti di cui al capitolo "Le persone per cui è operante la copertura" non produce effetto ai fini del presente Piano sanitario fino alla scadenza dell'anno associativo. Di conseguenza, tutte le uscite avvenute nell'anno associativo verranno posticipate alla scadenza annuale.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

SEZIONE A

PIANO SANITARIO BASE

1. V LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è operante a favore degli Iscritti e Pensionati in attività Iscritti alla CASSA GEOMETRI.

Le coperture sono estese, in forma individuale, a:

- a) Dipendenti dei professionisti Iscritti CASSA GEOMETRI che esercitano singolarmente, in associazione e STP;
- b) Dipendenti dei Collegi;
- c) Pensionati non iscritti, in continuità e superstiti titolari della precedente copertura sanitaria.

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico del titolare, al proprio nucleo familiare, intendendosi per tale il coniuge non legalmente separato anche se non convivente o il convivente, tale indipendentemente dal genere 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, i figli del coniuge o del convivente, indipendentemente dal genere.

Per i figli è previsto il limite di 35 anni. **N.B: figli fino a 35 anni compiuti: il Piano sanitario pertanto può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 35° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del 36° anno d'età. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo.**

Nel caso in cui il titolare decida di estendere la copertura ai propri familiari dovrà obbligatoriamente comprendere la totalità dei componenti del proprio nucleo familiare come sopra definito. È possibile **non estendere** il Piano sanitario a quei componenti del nucleo familiare che già siano titolari di una analoga copertura per il rimborso delle spese mediche. A tal fine, il professionista dovrà

fornire idonea documentazione che confermi la copertura sanitaria del familiare, vale a dire copia del Piano sanitario in caso di contratto individuale o dichiarazione del datore di lavoro o della Cassa d'appartenenza nel caso di Piano sanitario collettivo.

Si precisa che l'adesione dei familiari è annuale e potrà essere rinnovata ogni anno.

L'Iscritto che diventa pensionato successivamente alla scadenza dell'anno associativo e che si cancella dalla CASSA GEOMETRI, nonché il relativo nucleo familiare, rimarranno in copertura sino a scadenza annua. Alla scadenza annua potranno continuare ad usufruire del Piano sanitario mediante pagamento del relativo contributo e la compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo di rinnovo dell'adesione.

Viene prevista la possibilità per i **coniugi e i figli superstiti di Iscritti deceduti**, di mantenere attiva la copertura prestata dal presente Piano sanitario dietro pagamento del relativo contributo annuo.

L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza del Piano sanitario non potranno più essere reinseriti.

2. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

- ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato A;
- ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato B;
- trattamento medico domiciliare per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato B;

- day-hospital per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso, intendendosi per tali quelli elencati al successivo allegato A e B;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità);
- pacchetto maternità;
- prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità);
- indennità per grave invalidità permanente da infortunio (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità);
- cure per il neonato nel primo mese di vita;
- indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità);
- sindrome metabolica (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità);
- applicazione tariffe convenzionate;
- servizi di consulenza e assistenza.

2.1. Il limite di spesa annuo

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, **per l'insieme di tutte le prestazioni di cui al presente "Sezione A Piano Sanitario Base"**, che ammonta a **€ 500.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

2.2. Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico

2.2.1 Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al

successivo allegato A.

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

Pre-ricovero	Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni biottiche, terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 125 giorni precedenti il ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento. Diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativi al periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera. La copertura è operante fino al limite di € 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni.
Assistenza infermieristica	Assistenza infermieristica individuale, nel limite di € 3.900,00 per anno associativo e

privata individuale	nucleo familiare.
Post-ricovero	Trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie effettuati nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. In tale ambito - fermi i limiti temporali di cui sopra - si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale in copertura o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

2.2.2 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Iscritto e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- **€ 6.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

2.2.3 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, Unisalute liquida le spese previste ai paragrafi "Ricovero in Istituto di cura per grande

intervento chirurgico” e “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell’organo.

Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l’organismo ricevente all’intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di **180** giorni purché inerenti all’intervento effettuato, compresi eventuali casi di rigetto.

2.2.4 Apparecchi protesici e sanitari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l’acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, purché conseguenti a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario e verificatosi durante la validità del Piano stesso.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 5.500,00 per nucleo familiare.**

2.2.5 Cure palliative e terapie del dolore

Il Piano sanitario rimborsa le spese per cure palliative e per terapie del dolore.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 25.000,00 per evento.**

2.2.6 Rimpatrio della salma e costi funerari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per costi funerari e di rimpatrio della salma in caso di decesso all’estero conseguente a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario.

Saranno inoltre rimborsate le spese per trasporto, vitto, alloggio di un accompagnatore, con il massimo di **€ 1.000,00** per anno/nucleo

familiare, da intendersi come importo aggiuntivo rispetto al limite di spesa di seguito indicato.

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

2.3. Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso

2.3.1 Ricovero in istituto di cura per grave evento morboso

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

La copertura è operante in assenza di intervento chirurgico. Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico **funzionale al grave evento morboso stesso**, si applicano anche le coperture di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico”.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l’Iscritto venga ricoverato in seguito ad un grave evento morboso, in assenza di intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell’Istituto di cura effettuate nei 100 giorni precedenti il ricovero, purché resi necessari dall’evento morboso che ha determinato il ricovero.
---------------------	---

Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica individuale, nel limite di € 3.900,00 per anno associativo e nucleo familiare.
Post-ricovero	Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'istituto di cura a seguito di ricovero in copertura nel presente Piano sanitario ed avvenuto nell'arco della validità del Piano stesso. Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 13.000,00 per nucleo familiare.

2.3.2 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Iscritto e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- **€ 6.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

2.3.3 Apparecchi protesici e sanitari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, purché conseguenti a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario e verificatosi durante la validità del Piano stesso.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 5.500,00 per nucleo familiare.**

2.3.4 Cure palliative e terapie del dolore

Il Piano sanitario rimborsa le spese per cure palliative e per terapie del dolore.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 25.000,00 per evento.**

2.3.5 Rimpatrio della salma e costi funerari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per costi funerari e di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero conseguente a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario.

Saranno inoltre rimborsate le spese per trasporto, vitto, alloggio di un accompagnatore, con il massimo di **€ 1.000,00** per anno/nucleo familiare, da intendersi come importo aggiuntivo rispetto al limite di spesa di seguito indicato.

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

2.4. Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso

2.4.1 Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo

allegato B.

La copertura è operante per le seguenti spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare:

- a) visite specialistiche;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d) prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei **180** giorni successivi alla prima diagnosi dell'evento morboso avvenuta dopo la decorrenza del Piano sanitario. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante.

2.4.2 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Iscritto e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- **€ 6.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

2.4.3 Apparecchi protesici e sanitari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, purché conseguenti a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario e verificatosi durante la validità del Piano stesso.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 5.500,00 per nucleo familiare.**

2.4.4 Cure palliative e terapie del dolore

Il Piano sanitario rimborsa le spese per cure palliative e per terapie del dolore.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 25.000,00 per evento.

2.4.5 Rimpatrio della salma e costi funerari

Il Piano sanitario rimborsa le spese per costi funerari e di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero conseguente a un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario.

Saranno inoltre rimborsate le spese per trasporto, vitto, alloggio di un accompagnatore, con il massimo di € 1.000,00 per anno/nucleo familiare, da intendersi come importo aggiuntivo rispetto al limite di spesa di seguito indicato.

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

2.5. Modalità di erogazione delle prestazioni dell'area ricovero per grande intervento chirurgico o grave evento morboso

Per le prestazioni di cui ai precedenti paragrafi "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico", "Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso" e "Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso" operano le seguenti modalità liquidative.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o minimo non indennizzabile, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

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

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **15%** a carico dell'Iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 300,00** con un massimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per sinistro, ad eccezione delle coperture 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 con le seguenti modalità:

- le **spese per le prestazioni fornite dalla struttura convenzionata** verranno liquidate secondo quanto previsto al punto “In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati”;
- le spese relative al **personale medico non convenzionato** verranno rimborsate con le modalità previste al punto “In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute”.

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

UniSalute rimborsa integralmente le eventuali spese per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (paragrafo “Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso”).

2.6. Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso

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

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

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute a seguito di un ricovero per grande intervento chirurgico o per grave evento

morboso né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **180** giorni per ciascun anno associativo e per Iscritto.

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.

È inoltre previsto il rimborso delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) di pre e post ricovero, fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli precedenti, che verrà effettuato con le modalità previste ai precedenti punti.

La presente indennità sostitutiva è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo previsto, per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui al punto "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico" – punto "Post-ricovero", in questo caso l'importo della diaria sarà pari ad **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero/day-hospital.

2.7. Day-hospital per grande intervento chirurgico o grave evento morboso

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

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

- a. Il day-hospital per **grande intervento chirurgico** è equiparato a tutti gli effetti al ricovero di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico".
- b. Il day-hospital **senza intervento chirurgico per grave evento morboso superiore a 3 giorni** (per il quale sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativo alla stessa

patologia/infortunio) è equiparato, a tutti gli effetti, al ricovero di cui al paragrafo “ricovero in Istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso”.

2.8. Anticipi

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Iscritto domandare anticipatamente – entro il limite dell'80% della somma preventivata – l'importo da versare a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipo avverrà a condizione che:

- Non ci siano ragionevoli dubbi sull'indennizzabilità a termini del Piano sanitario delle spese di ricovero;
- Sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta di deposito, il presunto ammontare delle spese sanitarie, la descrizione della patologia che rende necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, la data prevista per il ricovero.

In presenza della detta documentazione, l'anticipo richiesto sarà reso disponibile all'Iscritto entro dieci giorni dal ricevimento della documentazione stessa.

Se il ricovero non fosse eseguito entro 30 giorni dalla data prevista al momento della richiesta, l'Iscritto dovrà provvedere alla restituzione della somma alla Società nel più breve termine possibile.

2.9. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:
- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
 - radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

La presente copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale.

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **15%** a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 15.000,00 per persona.

2.10. Prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità e relativi nuclei familiari)

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per le seguenti prestazioni di alta specializzazione:

- Angiografia;
- Artroscopia;
- Broncografia;
- Cistoscopia;
- Clisma opaco;
- Colangiografia;
- Colangiografia percutanea (PTC);
- Colecistografia;
- Colonscopia con asportazione di tessuto;
- Colposcopia;
- Ecocolordoppler;

- Esofagogastroduodenoscopia (EGDS);
- Ecografia transrettale;
- Ecografia transvaginale;
- Ecografia mammaria;
- Fistelografia;
- Flebografia;
- Fluorangiografia;
- Holter cardiaco;
- Holter pressorio;
- Isterosalpingografia;
- Mammografia;
- OCT Oculare;
- Risonanza Magnetica Nucleare;
- Rx esofago con mezzo di contrasto;
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto;
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC);
- Tomografica a Emissione di Positroni (PET);
- Urografia;
- Vesciculodeferentografia.

Sono altresì rimborsabili e considerate come unica prestazione anche le spese per eventuale sedazione e/o anestesia prescritta per eseguire gli accertamenti di cui sopra.

La presente copertura è operante solo in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

- **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 prestazione, 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 ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per persona. Tale limite di spesa si intende aggiuntivo a quanto previsto alla copertura "Prestazioni di alta specializzazione" (copertura operante per il nucleo familiare, per l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base)" della copertura B, se prevista e in questo caso verrà utilizzato prima della suddetta copertura.

2.11. Pacchetto maternità (copertura operante per i soli titolari)

La presente copertura è operante esclusivamente presso le strutture convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati.

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- n. 4 ecografie (compresa l'ecografia morfologica);
- analisi clinico-chimiche da protocollo;
- una prestazione a scelta tra amniocentesi, villocentesi o test equivalente (ad esempio Harmony test, Prenatal Safe) fino ad un massimo di **€ 500,00** (inteso come sottolimito dell'importo annuo a disposizione di seguito indicato);
- n. 4 visite di controllo ostetrico-ginecologiche;

- n. 1 ecocardiografia fetale;
- n. 1 visita di controllo ginecologico post parto;
- n. 2 visite urologiche;
- n.1 ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto.

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

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 2.000,00.**

2.12. Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità e relativi nuclei familiari)

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate 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 non necessariamente dovranno essere effettuate in un'unica soluzione

Prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta all'anno:

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Esame delle urine
- Colesterolo totale
- Colesterolo HDL
- Esame occulto delle feci
- Trigliceridi
- Glicemia

- Elettroforesi proteine plasmatiche
- Azotemia (Urea)
- Creatinemia
- ALT/FTP
- AST/GOT
- Gamma GT
- PTT
- PT
- Elettrocardiogramma base
- Visita specialistica oculistica
- Visita specialistica otorino con esame audiometrico
- Visita specialistica odontoiatrica con ablazione del tartaro
- Visita specialistica cardiologica
- Ecografia transrettale

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 40 anni una volta all'anno:

- PSA
- PSA free
- Ecografia prostatica
- ECG da sforzo
- Ecografia transrettale

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 40 anni una volta all'anno:

- Ecografia mammaria
- PAP TEST
- Visita ginecologica

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 50 anni una volta ogni due anni:

- Mammografia
- Ecodoppler arti

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni una

volta ogni due anni:

- Test HPV (papilloma virus)

2.13. Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità e relativi nuclei familiari)

In caso di infortunio che comporti all'Iscritto un'invalidità permanente di grado superiore al **66%**, Unisalute liquiderà un indennizzo pari al capitale Iscritto ad **€ 70.000,00**.

Unisalute corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Per la determinazione del grado d'invalidità Unisalute farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. n. 1124/1965 e ss.mm.ii.

La denuncia d'infortunio deve essere inviata a Unisalute entro 15 giorni dall'infortunio stesso. **La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico.** Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali del Piano sanitario.

2.14. Cure per il neonato nel primo mese di vita

Il Piano sanitario rimborsa, nell'ambito del limite di spesa indicato all'art. 2.1 "Limite di spesa annuo", le spese sanitarie sostenute nel primo mese di vita del neonato. La copertura è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nella copertura entro il **30°** giorno dalla nascita con pagamento del relativo contributo. In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale; le prestazioni in forma diretta verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

2.15. Indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità e relativi nuclei familiari)

Ai sensi della presente copertura, è considerato in stato di non autosufficienza l'Iscritto che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a **90** giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi punti "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute" e "Modalità di riconoscimento del risarcimento/dell'erogazione dei servizi di Assistenza".

Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali l'Iscritto necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui al

punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, l'Iscritto che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Iscritto verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Iscritto a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive (la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche);
- la capacità intellettuale dell'Iscritto è tale per cui lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Iscritto stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

Quando l'Iscritto si trova in uno stato di non autosufficienza consolidata/permanente, Unisalute garantisce l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria e sociosanitaria oppure eroga un'indennità forfettaria a risarcimento del danno subito e a rimborso delle eventuali spese sanitarie e sociosanitarie sostenute.

La scelta tra le suddette opzioni alternative tra loro deve essere effettuata dall'Isritto, ovvero da un suo congiunto o altro soggetto che lo rappresenta, al momento della denuncia del sinistro. È consentito effettuare successivamente un solo cambio entro 60 giorni dalla fine di ogni semestre.

In ogni caso, la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

2.15.1 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene definita persona “non autosufficiente” quella incapace in modo permanente di svolgere, come sotto precisato, almeno 3 delle 6 seguenti “attività ordinarie della vita quotidiana”.

Per attività ordinarie della vita quotidiana si intendono:

1. **lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. **vestirsi, svestirsi:** la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Isritto, purché utilizzati in modo autonomo, per la parte superiore o inferiore del corpo;
3. **nutrirsi:** la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare usando il piatto e le posate;
4. **andare in bagno:** la capacità di controllare le funzioni corporali (orinare ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale anche con l'impiego di ausili e di indumenti specifici, purché utilizzati in modo autonomo;
5. **mobilità:** la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche, purché utilizzate in modo autonomo;
6. **spostarsi:** la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e

viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici, purché utilizzati in modo autonomo.

2.15.2 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, dovrà contattare Unisalute e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Iscritto.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, Unisalute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Iscritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mini Mental State Examination di Folstein).

2.15.3 Modalità di riconoscimento del risarcimento/del rimborso/dell'erogazione dei servizi di assistenza

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un

servizio di cure o di ricovero a domicilio, potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, potrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero o responsabile della struttura, da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Iscritto, dovrà essere inviata a Unisalute.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto.

Unisalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dalla presente copertura all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato da Unisalute, sempreché il Piano sanitario non sia scaduto da oltre

quattro mesi, quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;

oppure

- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Iscritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

2.15.4 Fase d'istruttoria

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Unisalute così come previsto al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", questa si impegna a rispettare le tempistiche di gestione:

- entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Iscritto ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, Unisalute invia il questionario da compilare e richiedere ulteriore documentazione medica ove necessaria;
- entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva Unisalute, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Iscritto a visita;
- entro 90 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o meno richiesta la visita, Unisalute si impegna a dare riscontro all'Iscritto, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza.

Nel caso l'Iscritto risulti in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", avrà diritto alla prestazione con effetto dal momento della denuncia del sinistro sempreché la documentazione prodotta risulti esaustiva e sia possibile accertare che l'Iscritto si trovava in stato di non autosufficienza già al momento della presentazione della denuncia. Diversamente, dal momento in cui la documentazione prodotta è esaustiva e si può certamente riconoscere che l'Iscritto si trova in stato di non autosufficienza.

Nel caso in cui l'Iscritto risulti in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" Unisalute, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiederà all'Iscritto le coordinate bancarie sulle quali procedere al pagamento di quanto dovuto, ferma restando la possibilità per l'Iscritto di richiedere il pagamento tramite assegno bancario. Il pagamento da parte di Unisalute dovrà avvenire entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'Iscritto.

Nei casi in cui l'Iscritto non sia in stato di non autosufficienza così come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" Unisalute comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi, come da valutazione del medico incaricato da Unisalute stessa, ed indicando la rivedibilità.

Nel caso di lungodegenza Unisalute si impegna, ferme le tempistiche di gestione di cui sopra, a sottoporre a visita l'Iscritto ed a fornire a questi riscontro. In ogni caso, l'Iscritto potrà presentare la cartella clinica, o in alternativa, una relazione medica redatta dalla struttura presso la quale è in corso il ricovero da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero.

2.15.5 Erogazione delle prestazioni

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", Unisalute provvederà all'erogazione delle prestazioni, ivi inclusa la costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI) meglio dettagliate nel successivo punto "Servizio PAI per la non autosufficienza", nelle forme di seguito indicate:

- a) Erogazione diretta delle prestazioni di assistenza per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato con Unisalute nei limiti dell'importo di **€ 1.600,00** mensili non rivalutabili e per una durata massima di **60** mesi, indipendentemente dalla durata del presente Piano sanitario;
- b) Indennizzo forfettario del danno erogato in forma mensile previa

presentazione del certificato di esistenza in vita emesso dal medico curante o dall' ufficio anagrafico di residenza, per l'importo di **€ 1.600,00** mensili non rivalutabili e per una durata massima di **60** mesi.

Fermo restando la copertura indicate nei punti a) e b), qualora nel nucleo familiare siano presenti dei figli minori, il periodo di erogazione si intende raddoppiato e comunque tale beneficio aggiuntivo cesserà al compimento del **22°** anno di età dell'ultimo dei figli minori. Nel caso siano presenti figli disabili ed inabili a qualsiasi lavoro proficuo, il periodo di copertura si intende triplicato indipendentemente dall'età.

In caso di decesso dell'Iscritto prima della scadenza del termine di erogazione delle prestazioni, quest'ultime saranno sospese dal primo giorno del mese successivo all'avvenuto decesso, fermo restando l'onere per i familiari di darne tempestiva comunicazione a Unisalute.

Unisalute corrisponde all'Iscritto quanto dovuto, tramite bonifico bancario oppure tramite assegno bancario, in forma mensile anticipata.

2.15.6 Servizio PAI per la non autosufficienza

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito dal punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" e successivi, potrà telefonare alla Centrale (entro due settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza) al numero verde dedicato e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito dell'importo mensile previsto e previa valutazione di Unisalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

Unisalute, intervistando telefonicamente l'Iscritto, l'amministratore

di sostegno, il tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Iscritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora Unisalute valuti che vi siano i presupposti potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali le indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza.

Il Case Manager provvede inoltre ad inviare all'Iscritto, all'amministratore di sostegno, al tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Iscritto, una guida orientativa per le agevolazioni socio assistenziali. Il Case Manager è un infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche psicosociali o emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

A seguito del contatto telefonico l'Iscritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Iscritto dovrà produrre idonea documentazione. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, Unisalute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio medico e del Case Manager.

L'attivazione della copertura avverrà secondo le seguenti modalità:

1) **Nel caso in cui Unisalute riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato** all'Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24. Il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con le indicazioni dei servizi assistenziali forniti dagli Enti Pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti, necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari. Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto

elencate, Unisalute, nei limiti dell'importo mensile, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Iscritto che nelle strutture stesse. All'Iscritto verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico di Unisalute, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Iscritto o dall'amministratore di sostegno, dal tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Iscritto, per accettazione del PAI. Le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra indicato sono di seguito elencate:

- Assistenza fornita da Infermiere / Operatore Socio Sanitario/ Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

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

Unisalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate con Unisalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento dell'importo massimo previsto una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Iscritto, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio, alle strutture prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di una comunicazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un

conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), Unisalute provvederà a prenotare tali prestazioni il cui costo resterà a carico dell'Iscritto e invierà, alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria rete, una comunicazione che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Unisalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente alla sua modifica in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate con Unisalute ed utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto.

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

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Iscritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, Unisalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di Unisalute nei limiti dell'importo massimo mensile.

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

3) Nel caso in cui Unisalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Iscritto. Laddove al termine dell'istruttoria risultasse che l'Iscritto

abbia bisogno di una terza persona per svolgere 2 su 6 delle attività della vita quotidiana di cui al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, all’Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l’indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti Pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all’Iscritto una guida orientativa contenente informazioni rispetto al Comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall’Iscritto o dai familiari.

Qualora l’Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), Unisalute provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell’Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria rete, una comunicazione che permetterà allo stesso l’applicazione di tariffe riservate a Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario previsto.

2.15.7Casi di non operatività della copertura

Per la copertura “Indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità)” sono esclusi:

- tutti gli Iscritti che - al momento della prima adesione alla medesima copertura - risultavano già affetti da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica). Nelle ipotesi sopra indicate, Unisalute non riconosce le prestazioni in copertura ed è tenuta a rimborsare un importo pari al rateo di contributo non goduto, al netto dei relativi costi accessori.

È inoltre, escluso dalla copertura lo stato di non autosufficienza causato direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- Dolo dell’Iscritto;

- Partecipazione attiva dell'Iscritto a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la copertura può essere prestata, su richiesta della Cassa, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Oltre a ciò non sono coperti dal presente Piano sanitario, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atto di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso, o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso.
- Partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Iscritto abbia preso parte volontariamente;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- Incidente di volo se l'Iscritto, sia come militare sia come civile, viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La copertura tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Iscritto in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni con autorespiratore, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento dei suddetti sport, siano esse ufficiali o meno;
- Fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquee;

- Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

2.16. Sindrome metabolica (copertura operante per i soli Iscritti in forma collettiva e i pensionati non iscritti in continuità e relativi nuclei familiari)

Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando sul sito di Unisalute e "confermare" il suo invio.

Unisalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Iscritto l'esito della valutazione tramite mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Unisalute fornirà all'Iscritto, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, alcune indicazioni per consentirgli comportamenti e stili di vita più corretti in merito all'attività fisica ed all'alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Unisalute comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Iscritto verrà contattato da Unisalute (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Unisalute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

- proteinuria

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

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito di Unisalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle previste dal Piano sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui alla relativa copertura.

Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle previste dal Piano sanitario, all'Iscritto verrà fornito un servizio dedicato che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con Unisalute a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

2.17. Applicazione tariffe convenzionate

Qualora una prestazione ospedaliera o extraospedaliera, dentaria o fisioterapia riabilitativa non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa annuo o prestazione inferiore al minimo non indennizzabile e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alle strutture convenzionate di un'autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2.18. Servizi di consulenza e assistenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale

Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009618** dall'estero **00800-39009618** o in alternativa **0039 514185618** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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'Iscritto un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dal presente piano associativo, nelle strutture sanitarie convenzionate con Unisalute.

c) Prestazione di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa raggiungibile nell'intera arco della giornata, compresi i giorni festivi, attraverso un numero verde nazionale ed internazionale gratuito

Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

d) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa, applicando un importo non indennizzabile di € 100,00.

All'estero

e) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Iscritto

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 congiunto, o altro soggetto indicato dalla famiglia o dallo stesso Iscritto residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

f) Invio di medicinali all'estero

Qualora, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Iscritto abbia necessità, per la terapia del caso, di specialità medicinali irrimediabili sul posto (sempreché siano commercializzati e/o reperibili in Italia e/o nello Stato Vaticano), 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'Iscritto il costo di acquisto dei medicinali.

g) Rimpatrio sanitario

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

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

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici,

possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Iscritto di proseguire il viaggio. La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Iscritto, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

h) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Iscritto, al quale l'Iscritto potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a proprio carico solo se l'evento è escluso dal Piano sanitario).

i) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Iscritto, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Istituto di cura, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Iscritto, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

l) Trasmissione messaggio urgenti

Qualora l'Iscritto in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi a qualsiasi destinatario indicato dall'Iscritto.

3. CONTRIBUTI

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

- | | | |
|----|--|-----------------------------------|
| a. | Iscritti e pensionati in attività iscritti a | |
| | CASSA GEOMETRI | a carico di CASSA GEOMETRI |
| b. | Dipendenti dei Collegi/Professionisti | € 84,15 |

c.	Pensionati non Iscritti in continuità	€ 70,00
d.	Contributo aggiuntivo per un familiare	€ 35,00
e.	Contributo aggiuntivo per due o più familiari	€ 49,00
f.	Superstiti	€ 50,00

4. ALLEGATO A – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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

Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in copertura quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari, tra cui a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quello della ricostruzione della mammella, in conseguenza delle asportazioni di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.

B) Interventi per trapianti: tutti.

C) Interventi ortopedici:

- 1) di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, caviglia, ivi incluso il costo della protesi;
- 2) amputazione degli arti superiori e/o inferiori ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;
- 3) disarticolazione del ginocchio ed amputazione al di sopra del ginocchio;
- 4) disarticolazione dell'anca;
- 5) amputazione addomino-pervica;
- 6) reimpianto di arti staccati.

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 sacculari, 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 simili;
- 9) cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningeomieloidali;
- 10) neurtomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebroencefalici con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endocraniali per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningeomieloidali (mielocoele, mielomeningocoele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpatectomia 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;
- 18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- 19) trapianto di nervo;
- 20) artrodesi vertebrale;
- 21) risoluzione neurovascolare in fossa cranica per via craniotomia.

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

- 27) tiroidectomia totale;
- 28) resezione pancreatica;
- 29) interventi di asportazione di ernia ombelicale o epigastrica, complicata o recidiva.

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 e/o resezione endoscopica della prostata;
- 9) ileocisto plastica;
- 10) colecisto plastica;
- 11) isterectomia totale;
- 12) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria;

J) Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) odontocheratoprotesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc);
- 6) chirurgia della sordità otosclerotica;
- 7) ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi a finalità estetica);
- 8) reimpianto orecchio amputato;
- 9) ricostruzione dell'orecchio medio;
- 10) incisione, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

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;
- 6) resezione segmentale del polmone;
- 7) dissezione radicale delle strutture toraciche;
- 8) trapianto di midollo osseo.

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;
- 10) pseudo cisti e fistole pancreatiche.

5. ALLEGATO B – ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

A) Infarto miocardico acuto

B) Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- 1) dispnea;
- 2) edemi declivi;
- 3) aritmia;
- 4) angina instabile;
- 5) edema o stasi polmonare;
- 6) ipossiemia.

C) Neoplasia maligna.

D) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- 1) ulcere torbide
- 2) decubiti;
- 3) neuropatie;
- 4) vasculopatie periferiche;
- 5) infezioni urogenitali o sovrinfezioni;
- 6) complicanze oculari.

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.

Inoltre, limitatamente all'iscritto o pensionato non iscritto in continuità, sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

I) Tetraplegia.

J) Sclerosi multipla.

K) Sclerosi laterale amiotrofica.

L) Alzheimer.

M) Morbo di Parkinson caratterizzato da:

- 1) riduzione attività motoria;
- 2) mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

SEZIONE B
PIANO SANITARIO
INTEGRATIVO
(operante per i soli
Iscritti che hanno
attivato le coperture)

1. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Per l'adesione al Piano sanitario Integrativo è necessario che ogni titolare ed eventuale nucleo familiare abbia aderito precedentemente alla "Sezione A Piano Sanitario Base".

Il Piano sanitario è operante a favore degli Iscritti e Pensionati in attività Iscritti alla CASSA GEOMETRI.

Su richiesta di CASSA GEOMETRI, la copertura potrà essere estesa in forma collettiva ai dipendenti della CASSA* (il Piano sanitario in corso per i dipendenti della Cassa scadrà il 31 dicembre 2021, pertanto qualora la Cassa decida di attivare la copertura per i suoi dipendenti, questa decorrerà dal 1° gennaio 2022).

Le coperture sono estese, in forma individuale, a:

- a) Dipendenti dei professionisti Iscritti CASSA GEOMETRI che esercitano singolarmente, in associazione e STP;
- b) Dipendenti dei Collegi;
- c) Pensionati non iscritti, in continuità e superstiti titolari della precedente copertura sanitaria.

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico del titolare, al proprio nucleo familiare, intendendosi per tale il coniuge non legalmente separato anche se non convivente o il convivente, tale indipendentemente dal genere 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, i figli del coniuge o del convivente, indipendentemente dal genere.

Per i figli è previsto il limite di 35 anni. **N.B: figli fino a 35 anni compiuti: il Piano sanitario pertanto può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 35° anno di età, cessando automaticamente**

alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del 36° anno d'età. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Nel caso in cui il titolare decida di estendere la copertura ai propri familiari dovrà obbligatoriamente comprendere la totalità dei componenti del proprio nucleo familiare come sopra definito. È possibile **non estendere** il Piano sanitario a quei componenti del nucleo familiare che già siano titolari di una analoga copertura per il rimborso delle spese mediche. A tal fine, il professionista dovrà fornire idonea documentazione che confermi la copertura sanitaria del familiare, vale a dire copia del Piano sanitario in caso di contratto individuale o dichiarazione del datore di lavoro o della Cassa d'appartenenza nel caso di Piano sanitario collettivo.

Si precisa che l'adesione dei familiari è annuale e potrà essere rinnovata ogni anno.

L'iscritto che diventa pensionato successivamente alla scadenza dell'anno associativo e che si cancella dalla CASSA GEOMETRI, nonché il relativo nucleo familiare, rimarranno in copertura sino a scadenza annua. Alla scadenza annua potranno continuare ad usufruire del Piano sanitario mediante pagamento del relativo contributo e la compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo di rinnovo dell'adesione.

Viene prevista la possibilità per i **coniugi e i figli superstiti di Iscritti deceduti**, di mantenere attiva la copertura prestata dal presente Piano sanitario dietro pagamento del relativo contributo annuo.

L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza del Piano sanitario non potranno più essere reinseriti.

*in caso di attivazione della copertura anche per i Dipendenti della Cassa Geometri, la stessa potrà essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico del titolare, al proprio nucleo familiare

come sopra già definito.

2. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Trattandosi di un Piano sanitario integrativo, sono da considerarsi oggetto di copertura nel presente Piano le prestazioni che non sono previste all'interno del Piano sanitario Base.

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

- ricovero in Istituto di cura;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- parto e aborto terapeutico e spontaneo;
- prestazioni extraospedaliere e domiciliari;
- prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per il l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato non iscritto in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base");
- protesi dentarie a seguito di infortunio;
- cure dentarie a seguito di infortunio;
- prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per il l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato non iscritto in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base").

2.1. Il limite di spesa annuo

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, **per l'insieme di tutte le prestazioni di cui al presente "Sezione B Piano Sanitario Integrativo (operante per i soli Iscritti che hanno attivato le coperture)"**, che ammonta a **€ 300.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

2.2. 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'Iscritto venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici (comprese le prestazioni biotiche), visite specialistiche nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica, medicinali, cure, prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e tutte le prestazioni sanitarie durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.

Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno più il 50% dell'eccedenza. Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva/semintensiva.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, in caso di indisponibilità in quest'ultimo, in struttura alberghiera. La copertura è prestata nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. I trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso. Sono compresi in copertura i medicinali non mutuabili 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 vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto, ad eccezione delle coperture "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**85%** con il minimo non indennizzabile di **€ 300,00** ed un massimo non indennizzabile di **€ 1.750,00**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con l'applicazione dello scoperto 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'Iscritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

2.3. Trasporto sanitario in caso di ricovero con intervento chirurgico

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Iscritto e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- **€ 2.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- **€ 4.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

2.4. Day-hospital

Nel caso di day-hospital **con o senza intervento chirurgico superiore a tre giorni** (per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi “Ricovero in istituto di cura” e “Trasporto sanitario per ricovero con intervento chirurgico” con i relativi limiti in essi indicati. Lo stesso vale nel caso di day-hospital **con intervento chirurgico inferiore o uguale a tre giorni**.

In caso di day-hospital **senza intervento chirurgico uguale o inferiore a tre giorni**, le prestazioni sostenute verranno rimborsate in base a quanto previsto dal successivo paragrafo “Intervento chirurgico ambulatoriale”.

2.5. 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” e “Post-ricovero”, con i relativi limiti in essi indicati.

2.6. Parto e aborto terapeutico/spontaneo

2.6.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi “Ricovero in Istituto di cura” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario per ricoveri con intervento chirurgico” con i relativi limiti in essi indicati.

2.6.2 Parto non cesareo e aborto terapeutico/spontaneo

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico/spontaneo **effettuato in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi “Ricovero in Istituto di cura” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “Post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al paragrafo “Ricovero in istituto di cura”, punto “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario per ricoveri con intervento chirurgico” con i relativi limiti in essi indicati.

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico **effettuato in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi “Ricovero in Istituto di cura” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “Post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al paragrafo “Ricovero in istituto di cura”, punto “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 5.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture.

2.7. Indennità sostitutiva

L’Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a Unisalute né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero di cui al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura” punti “Pre-ricovero” e “Post-ricovero”, avrà diritto a un’indennità di **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100** giorni per ricovero. Sono compresi il ricovero per parto e aborto terapeutico e

spontaneo.

Il rimborso delle spese di pre e post ricovero, fermi restando gli specifici limiti temporali indicati nei paragrafi precedenti, verrà effettuato con le modalità previste al paragrafo “Ricovero in istituto di cura”.

➔ L'indennità verrà corrisposta anche in caso di **day-hospital con intervento chirurgico o senza intervento chirurgico superiore a tre giorni** per l'importo di **€ 155,00** al giorno per un periodo non superiore a **100** giorni per day-hospital, fermo il resto.

L'indennità di cui al presente paragrafo non verrà erogata nel caso in cui, per il medesimo ricovero, sia già stata corrisposta l'indennità sostitutiva prevista nella “Sezione A Piano sanitario Base”.

2.8. Cure per il neonato nel primo anno di vita

Il Piano sanitario rimborsa le spese sanitarie sostenute nel primo mese di vita del neonato. Rientrano in copertura le spese, sostenute durante il periodo di ricovero post-parto, per degenza, cure, accertamenti diagnostici anche a scopo preventivo per il neonato, e tutte le spese connesse.

La copertura è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nel Piano sanitario entro il **30°** giorno dalla nascita con pagamento del relativo contributo. In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale, mentre le prestazioni in forma diretta nelle strutture convenzionate con Unisalute verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

2.9. Prestazioni extraospedaliere e domiciliari

Il limite di spesa annuo a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo “Prestazioni extraospedaliere e domiciliari” è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

Per la copertura di cui al punto “2.9.2 “Visite specialistiche e accertamenti diagnostici” è previsto un sottolimito di spesa annuo di € 2.500,00 per nucleo familiare.

2.9.1 Prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per il nucleo familiare, per l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato non iscritto in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base")

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle seguenti spese di alta specializzazione.

– Amniocentesi – Angiografia – Arteriografia – Artroscopia – Broncografia – Broncoscopia – Cateterismo cardiacaco – Cisternografia – Cistoscopia – Clisma opaco – Colangiografia – Colangiografia percutanea (PTC) – Coronarografia – Colonscopia – Crioterapia – Discografia – Ecocolordoppler – Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) – Ecografia transrettale – Ecografica transvaginale – Ecografia mammaria – Ecotomografia – Elettrocardiografia	– Holter cardiaco – Holter pressorio – Isterosalpingografia – Linfografia – Mammografia – Moc – Coronografia – OCT oculare – Risonanza Magnetica Nucleare – Rx esofago, Rx esofago con mezze di contrasto, Rx tubo digerente – Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto – Rx tenue e colon con mezzo di contrasto – Scintigrafia – Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) – Tomografia a Emissione di Positroni (PET) – Urografia – Vesciculodeferentografia – Villocentesi
--	--

– Elettroencefalografia – Elettromiografia – Elettroscopia – Endoscopia – Fistelografia – Flebografia – Fluorangiografia	Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici: – Chemioterapia – Dialisi – Laserterapia a scopo fisioterapico – Radioterapia
--	---

2.9.2 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici provvede, con l'esclusione delle visite pediatriche, delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici e degli esami di laboratorio.

E' altresì previsto il rimborso delle infiltrazioni (compreso il costo del farmaco), delle visite omeopatiche e dell'agopuntura a condizione che vengano effettuate da medico chirurgo specialista.

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.

Il sottolimito di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.500,00 per nucleo familiare.

2.9.3 Modalità di erogazione delle prestazioni

- **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, accertamento diagnostico o 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 sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto 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'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

2.10. Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato non iscritto in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base")

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

Prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta all'anno

- prelievo venoso
- ALT

- AST
- gamma GT
- glicemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- emocromo
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- VES
- quadro elettroforetico
- esame urine.

Prestazioni previste per gli uomini una volta all'anno

- elettrocardiogramma da sforzo

Prestazioni previste per le donne una volta all'anno

- ecodoppler arti inferiori

Prestazioni previste per le donne dal 30° anno di età ogni tre anni

- HPV test e PAP TEST se HPV positivo.

Prestazioni previste per gli uomini oltre i 50 anni di età una volta all'anno

- PSA (specifico antigene prostatico)
- PSA free

Prestazioni previste per le donne oltre i 50 anni di età una volta ogni due anni:

- mammografia: per la sola mammografia è richiesta una prescrizione medica (con indicazione di screening, check up o controllo) da consegnarsi alla struttura sanitaria convenzionata in base al decreto attuativo legge 187/2000

– ecografia mammaria

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

In alternativa, il Piano sanitario rimborsa le spese per le prestazioni di cui al presente paragrafo nel limite di spesa annuo di **€ 250,00** per persona.

2.11. Protesi dentarie a seguito di infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, Il Piano sanitario rimborsa all’Iscritto le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie rese necessarie da infortunio, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

La copertura è operante in forma esclusivamente rimborsuale. Le spese sostenute verranno rimborsate con il limite di **€ 600,00** per ogni elemento di protesi dentaria.

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

2.12. Cure dentarie a seguito di infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, Il Piano sanitario rimborsa all’Iscritto le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessario da infortunio, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

La copertura è operante in forma esclusivamente rimborsuale. Le spese sostenute verranno rimborsate integralmente.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

2.13. Prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il nucleo familiare, per l'Iscritto in forma collettiva e il pensionato non iscritto in continuità è operante per le sole prestazioni non previste nella "Sezione A Piano Sanitario Base")

In deroga di quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, 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 mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

3. PERIODO DI CARENZA

Il presente Piano sanitario Integrativo non opera per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione della attuale copertura o dei precedenti Piani sanitari, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza della attuale copertura o delle precedenti. Per le forme collettive il presente Piano sanitario Integrativo opera anche per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione sia per i capo nucleo inseriti in forma collettiva che per i familiari ai quali viene estesa in forma di adesione.

Le coperture previste nel presente Piano sanitario sono attivate **60** giorni dopo l'adesione, tale carenza non si applica in caso di

infortunio avvenuto dopo la data di adesione. Inoltre, il periodo di carenza di cui sopra non è previsto per il parto, l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio se risulta provato che la gravidanza è insorta successivamente alla data di adesione.

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano applicazione qualora l'Iscritto sia stato in copertura nell'annualità precedente con analogo Piano sanitario. A conferma della posizione associativa di provenienza l'Iscritto dovrà inviare unitamente alla eventuale richiesta di rimborso, attestazione dell'avvenuto versamento del contributo associativo. I termini di carenza non si applicano alle adesioni in forma collettiva del capo nucleo e per le eventuali estensioni ai componenti del nucleo che gli stessi decidessero di attivare.

4. CONTRIBUTI

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

a) Iscritto/PENSIONATO/SUPERSTITE/Dipendente dei Collegi/Dipendente del Professionista	€ 403,00
b) titolare più 1 familiare	€ 617,50
c) titolare più 2 familiari	€ 682,50
c) titolare più 3 o più familiari	€ 715,00

