

BOZZA
Guida
al Piano
sanitario

Cariparma

Personale

Dipendente

Edizione Novembre 2015

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, 356 giorni l'anno

**Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il**

Numero Verde

800-xxxxx

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

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

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

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

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna

fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.

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 Cariparma Personale Dipendente

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

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



1.	SOMMARIO	
2.	BENVENUTO	6
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	6
3.1	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	6
3.2	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
3.3	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	9
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	9
4.1	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	10
4.2	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.3	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	11
4.4	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
4.5	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	12
4.6	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.7	Come posso ottenere pareri medici?	12
4.8	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	13
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	13
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	15
6.1	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	16
6.1.1	Trasporto sanitario	19
6.1.2	Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	19
6.1.3	Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	19
6.1.4	Interventi per la correzione dei vizi rifrazione	20
6.1.5	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	20
6.1.6	Parto e aborto terapeutico e spontaneo	21
6.1.7	Rimpatrio della salma	21
6.1.8	Indennità sostitutiva	22
6.1.9	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	22
6.2	Prestazioni di alta specializzazione	22
6.3	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	23
6.4	Prestazioni odontoiatriche particolari	25
6.5	Indennità recupero tossicodipendenti	26
6.6	Cure e protesi dentarie	27
6.7	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia o infortunio	28
6.8	Ulteriori prestazioni	29
6.8.1	Copertura degli ulteriori eventi sopraggiunti rispetto a quanto autorizzato dalla compagnia	29
6.8.2	Medicinali	29
6.8.3	Emergenza odontoiatrica	30
6.8.4	Lenti e occhiali	31
6.8.5	Fecondazione eterologa	31
6.8.6	Prevenzione pediatrica	32
6.8.7	Protocollo di assistenza	32
6.8.8	Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute	33
6.9	Prestazioni diagnostiche particolari	33

6.10	Invalidità permanente da malattia (copertura valida per il solo dipendente)	34
7.	CONTRIBUTI	37
8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	37
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	38
6.11	Inclusioni/esclusioni	38
6.12	Validità territoriale	39
6.13	Limiti di età	39
6.14	Gestione dei documenti di spesa	40
6.15	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	40
10.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	41
11.	ELENCO GRAVI MALATTIE.....	44
12.	ELENCO ALTRE PRESTAZIONI: LENTI E OCCHIALI	45

MODULO DI ADESIONE, RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATI

2. BENVENUTO

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

I servizi online offerti da UniSalute

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

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

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1 Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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



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: invii 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. E' facile e veloce!



Valutazione rimborso in 20 giorni

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

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

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

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

- **prenotare** presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario non connesse ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;**
- **verificare e aggiornare** i tuoi dati e le tue **coordinate bancarie;**
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni e inviare la documentazione direttamente dal sito (upload);**
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;

- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

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

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

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

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

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

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

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

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

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

In base alle tue esigenze puoi:

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

- disdire o cambiare una prenotazione.



Prenotazione veloce

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

4.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

4.4 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

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



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invii 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.**

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

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

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

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

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

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

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

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

4.7 Come posso ottenere pareri medici?

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

cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

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

4.8 Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

AREA RISERVATA AI CLIENTI

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

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

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

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestatato a favore:

- a) di tutti i dipendenti di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution (escluso il personale già beneficiario delle prestazioni erogate dal F.I.M. FriulAdria) e degli aderenti al Fondo di Solidarietà delle predette Società del Gruppo Cariparma Crédit Agricole segnalati all'Impresa;

- b) dei relativi familiari fiscalmente a carico, limitatamente al coniuge o al convivente “more uxorio” e ai figli purché conviventi e risultanti dal certificato di “Stato di Famiglia” rilasciato dall’Anagrafe del Comune di residenza;
- c) dei figli di coniugi separati, anche se non conviventi, ma fiscalmente a carico;
- d) dei figli fiscalmente a carico, ma con diversa residenza sino all’età massima di 26 anni;
- e) del coniuge fiscalmente a carico, ma con diversa residenza, purché non legalmente separato.

Con contributo a carico dell’Iscritto, possono essere inseriti nella copertura i seguenti altri soggetti:

1. i familiari non fiscalmente a carico, limitatamente al coniuge o al convivente “more uxorio” e ai figli purché conviventi e risultanti dal certificato di “Stato di Famiglia”;
2. il coniuge non fiscalmente a carico, ma con diversa residenza, purché non legalmente separato.

La copertura s’intende valida:

- durante il permanere del rapporto di lavoro dipendente di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution e di adesione al Fondo di Solidarietà delle predette Società del Gruppo Cariparma Crédit Agricole per gli aderenti al Fondo stesso e fino alla scadenza annua dell’assicurazione dopo la cessazione del rapporto stesso;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Iscritti, nonché dalle malattie pregresse recidivanti senza possibilità per l’Impresa di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tale fine l’Impresa formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892, 1893 e 1898 del C.C.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante a seguito di infortunio o malattia, intendendosi per tali anche:

- gli infortuni conseguenti a stato di malore, incoscienza, vertigini, purché non cagionati da abuso di alcool, di psicofarmaci, di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- gli infortuni conseguenti a fenomeni naturali, compresi i movimenti tellurici, i maremoti, le eruzioni vulcaniche, le alluvioni, le frane, le valanghe, le slavine;
- l'asfissia involontaria provocata da fughe di gas, vapori o esalazioni velenose, l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, l'occlusione delle vie respiratorie, l'improvviso contatto con corrosivi;
- gli avvelenamenti o le tossinfezioni, cagionati dall'ingestione di cibi, bevande o altre sostanze avariate o adulterate;
- le infezioni (esclusi il carbonchio e la malaria), gli avvelenamenti da morsi di animali, le punture di insetti;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da azioni delittuose, terroristiche, vandalistiche, tumulti popolari, sommosse, azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che la persona assicurata non vi abbia volontariamente preso parte attiva.

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 reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni extraospedaliere;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- indennità recupero tossicodipendenti;
- invalidità permanente da malattia (garanzia valida per il solo dipendente);

- cure e protesi dentarie;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- medicinali;
- emergenza odontoiatrica;
- lenti e occhiali;
- fecondazione eterologa;
- prevenzione pediatrica;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza e assistenza.

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

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

Pre-ricovero	le spese per l'assistenza medica ed infermieristica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) e visite mediche sostenute nei 120 giorni precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale. La presente copertura è prestata esclusivamente a regime rimborsuale.
Intervento chirurgico	gli onorari dei medici, del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici e le endoprotesi);

Assistenza medica, medicinali, cure	le spese per esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici rieducativi e i medicinali durante il periodo di ricovero o di degenza, sempre che siano rese indispensabili dall'evento considerato;
Rette di degenza	le spese per retta di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente)
Accompagnatore	le spese per il vitto e il pernottamento in Istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'iscritto con il limite giornaliero di € 52,00 e per un massimo di giorni 30 per anno associativo e per nucleo familiare
Assistenza infermieristica privata individuale	Le spese per assistenza infermieristica domiciliare, con il limite di € 26,00 giornalieri per un massimo di 15 giorni per anno associativo e per nucleo familiare
Post-ricovero	le spese per esami, accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), visite mediche, medicazioni trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero, od alla data dell'intervento ambulatoriale, sempre che siano rese indispensabili dall'evento considerato. Nonché le spese fisioterapiche sostenute nei 120 giorni successivi e rese necessarie da ingessature applicate a seguito di infortunio ed effettuate presso un Pronto Soccorso del Servizio Sanitario Nazionale, anche in assenza di ricovero ospedaliero (la presente estensione non è valida per ingessature effettuate in strutture sanitarie private)

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" 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'**90%** con il minimo non indennizzabile di **€ 413,00** e un massimo non indennizzabile di **€ 2.066,00**, ad eccezione delle prestazioni ai punti "Pre ricovero" e "Post ricovero" che vengono rimborsate con la sola applicazione dello scoperto del 10%.

➔ Nel caso di ***intervento chirurgico ambulatoriale*** le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con un minimo non indennizzabile di **€ 40,00**, fermo il resto.

➔ Nel caso di ***grandi interventi chirurgici*** o ***gravi malattie*** le prestazioni vengono rimborsate senza applicazione di scoperti o franchigie.

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture convenzionate per quanto concerne le spese previste e sostenute durante il ricovero e rimborserà, all'Isritto, le spese sostenute e documentate per le prestazioni dell'équipe operatoria non convenzionata con l'applicazione di uno scoperto del **10%**, con un minimo non indennizzabile di **€ 413,00** e un massimo non indennizzabile di **€ 2.066,00**, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Post ricovero" che vengono rimborsate con la sola applicazione dello scoperto del 10%..

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

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

6.1.1 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto, in caso di ricovero in Italia, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato a e da l'Istituto di cura e da un Istituto di cura all'altro, entro il limite annuo di **€ 5.000,00** Euro per nucleo familiare.

In caso di ricovero con intervento chirurgico avvenuto all'estero, verranno rimborsate, sempre entro il limite di cui sopra, le spese di trasporto effettuate con qualsiasi mezzo, purché di linea, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero (in caso di utilizzo di autovettura privata, l'Impresa liquiderà un importo pari al costo del biglietto ferroviario di seconda classe).

6.1.2 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

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

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

6.1.3 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e

infortunio”.

6.1.4 Interventi per la correzione dei vizi rifrazione

Limitatamente al dipendente di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution, UniSalute rimborserà il costo degli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare.

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

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse entro il limite di spesa di **€ 1.000,00** per occhio.

- **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 **€ 40,00** e comunque entro il limite di spesa di **€ 1.000,00 ad occhio**. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l’Iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- Nel costo del suddetto intervento sono comunque comprese le spese per la visita specialistica antecedente e per quella successiva all’intervento stesso, le cui fatture devono essere presentate contestualmente a quella dell’intervento.

Per la presente prestazione non sono rimborsabili i ticket del Servizio Sanitario Nazionale.

6.1.5 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste al paragrafo “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” e “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal

donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

6.1.6 Parto e aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio".

Il Piano prevede inoltre il rimborso delle spese sostenute per il corso di preparazione al parto, fino a un massimo di **€ 517,00** per anno associativo e per nucleo familiare.

In caso di parto cesareo, la copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 7.747,00** per anno associativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

In caso di parto non cesareo, la copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 2.583,00** per anno associativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

In alternativa l'iscritto può richiedere, sia che il ricovero sia avvenuto in una struttura convenzionata sia che sia avvenuto con il S.S.N., il riconoscimento di un'indennità di **€ 65,00** al giorno a partire dalla terza notte di ricovero.

6.1.7 Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di

€ 3.000,00 per anno associativo e per nucleo familiare.

6.1.8 Indennità sostitutiva

L'iscritto, in caso di ricovero presso strutture del S.S.N., - ferma restando la possibilità di richiedere e ottenere il rimborso delle prestazioni di pre e post ricovero, dell'accompagnatore, del trasporto sanitario, del rimpatrio della salma e dell'assistenza infermieristica domiciliare secondo quanto indicato al punto "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" - avrà diritto a un'indennità di **€ 65,00** per ogni giorno di ricovero a partire dalla terza notte di degenza, per un periodo non superiore a **300** giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

- In caso di più accessi consecutivi a regime di day hospital, l'indennità sarà riconosciuta a conclusione di ogni ciclo di terapia a partire dal 3° giorno di day hospital.

6.1.9 Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 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 vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

6.2 Prestazioni di alta specializzazione

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni specialistiche extraospedaliere sottoelencate, purché pertinenti a un infortunio o a una malattia:

- Cobaltoterapia

- Chemioterapia
- Laserterapia a scopo riabilitativo (esclusa laserterapia chirurgica)
- Dialisi
- Radioterapia
- Trattamento HiFu
- Ablatermia

- **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 **€ 40,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto 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 € 4.165,00 per nucleo familiare.

6.3 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari, purché pertinenti a una malattia o a un infortunio:

1. onorari dei medici conseguenti a visite specialistiche;
2. onorari dei medici per prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche);
3. analisi ed esami diagnostici;

4. cura delle malattie neoplastiche e del sangue;
5. cure dentarie e paraodontopatie rese necessarie da infortunio effettuate ambulatorialmente

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.

Relativamente alle prestazioni di cure dentarie e paraodontopatie, l'Isritto deve fare denuncia alla Società entro 48 ore dall'infortunio fornendo ampia prova ovvero copia del Certificato di Pronto Soccorso e dei referti degli accertamenti radiologici effettuati.

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

Le prestazioni di cui ai punti 1, 2 e 3 vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, senza applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto, il quale dovrà comunque presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- Nel caso in cui durante l'effettuazione della visita in convenzione diretta il medico specialista ritenesse necessario effettuare un approfondimento diagnostico contestuale alla visita, la copertura della prestazione diagnostica aggiuntiva verrà prestata automaticamente e in convenzione diretta, se in copertura col Piano e nei limiti previsti dallo stesso.

- **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 **€ 40,00** per ogni prestazione prevista ai punti 1, 3, 4 e 5. Per quanto concerne le prestazioni previste al punto 2, i limiti sopra indicati si applicano cumulativamente sino ad un massimo di cinque prestazioni specialistiche all'anno per nucleo,

semprech  l'Isritto invii le richieste di rimborso delle spese sostenute in un'unica soluzione. Le successive richieste di rimborso saranno gestite con l'applicazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile per ogni prestazione.

Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute,   necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- Nel caso pi  prestazioni siano elencate su un'unica fattura le stesse verranno liquidate come se fossero un'unica prestazione nel caso in cui si tratti di una delle seguenti:
 - Visita urologica + ecografia
 - Visita ginecologica + ecografia + pap-test
 - Visita cardiologica + elettrocardiogramma + ecocardiogramma + ecocolordoppler
 - Visita senologica + mammografia + ecografia

• In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso   necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- Il Piano sanitario prevede inoltre al rimborso, **nel limite di spesa annuo di € 1.000,00** per nucleo familiare, delle **prestazioni di amniocentesi e villocentesi con l'applicazione di uno scoperto del 30% e un minimo non indennizzabile di € 200,00 per esame**. Tale limite di spesa   da intendersi come aggiuntivo a quello sotto riportato valido per le prestazioni specialistiche previste ai punti

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura   di € 6.165,00 per nucleo familiare.

6.4 Prestazioni odontoiatriche particolari

Il Piano sanitario prevede 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.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Isritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

6.5 Indennità recupero tossicodipendenti

Qualora nel periodo di validità del Piano sanitario, uno o più componenti del nucleo familiare iscritto (di età inferiore a 14 anni al momento della stipulazione del Piano stesso e immuni da tossicodipendenza a tale data) vengano colpiti da intossicazione da stupefacenti, UniSalute si obbliga a corrispondere all'Isritto, dopo un ricovero continuativo presso una Comunità Terapeutica riconosciuta dalle Regioni o dai Comuni, un'**indennità annua di € 775,00** per nucleo familiare.

Tale indennità di ricovero verrà versata, su presentazione di apposita dichiarazione della Comunità Terapeutica che comprovi il

compimento del programma terapeutico individualizzato predisposto dalla Comunità stessa e, comunque, al compimento del biennio dall'inizio comprovato del ricovero continuativo in caso di maggior durata del programma.

6.6 Cure e protesi dentarie

L'Impresa rimborsa le spese per cure e protesi dentarie (ortodontiche ed odontoiatriche), fino alla concorrenza di un limite di spesa unico per l'insieme di tutti gli iscritti alla presente copertura, compresi i familiari fiscalmente non a carico a cui è stata estesa la medesima copertura.

Il limite di spesa annuo per la presente copertura sarà pari a **€ 400.000,00** ed il rimborso avverrà con le seguenti modalità:

- ogni nucleo familiare dovrà presentare un'unica richiesta di risarcimento (sinistro) entro il 31/12 e potrà usufruire di un'unica prestazione nel corso dell'anno associativo in corso.
- verrà rimborsato con l'applicazione di uno **scoperto del 50% e un minimo non indennizzabile di € 1.500,00 per sinistro** e comunque non oltre il **sotto limite di spesa di € 10.000,00** a evento/nucleo familiare.
- per prestazioni che si ripetono nel corso del biennio, la percentuale di rimborso del 50% è valida per il primo anno e si ridurrà al 40% al secondo anno, sempre nell'ambito massimo di un solo rimborso annuo per nucleo.

Il rimborso delle prestazioni avverrà entro il 28 febbraio dell'anno successivo alla richiesta, con l'avvertenza che, qualora l'ammontare complessivo dei rimborsi dovesse superare il limite annuo globale previsto, i relativi indennizzi verranno ridotti in proporzione.

Nel caso non si esaurisca il massimale nel corso dell'anno associativo, l'eccedenza andrà ad aumentare il massimale per l'anno successivo; è data comunque facoltà alla Contraente, per gli anni successivi al primo, di rinunciare alla garanzia "Cure e protesi dentarie", richiedendo all'Impresa altre prestazioni da concordare a parità di

costo.

6.7 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia o infortunio

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

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

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l’applicazione di importi a carico dell’Iscritto. L’Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

- **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 **€ 200,00** per ogni ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l’Iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 800,00 per nucleo familiare.

6.8 Ulteriori prestazioni

6.8.1 Copertura degli ulteriori eventi sopraggiunti rispetto a quanto autorizzato dalla compagnia

Si precisa che rientrano in copertura gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti rispetto a quanto autorizzato dalla Società e che dovessero rendersi necessari/opportuni in occasione di operazioni/accertamenti diagnostici. In particolare, qualora gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti fossero effettuati nella medesima seduta operatoria ed attraverso la medesima via d'accesso, saranno considerati compresi nel sub-massimale o plafond presente in copertura, relativo all'evento principale precedentemente autorizzato dalla Società, ove previsti; gli ulteriori interventi sopraggiunti/concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso saranno **rimborsati al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.**

6.8.2 Medicinali

Il Piano provvede al rimborso delle spese sostenute dall'isritto per l'acquisto di medicinali compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci), nonché i medicinali omeopatici e galenici, prescritti dal medico curante o dallo specialista. L'Isritto dovrà presentare la ricetta medica in copia e la

regolare fattura a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati.

Il rimborso delle spese sostenute dall'Iscritto per l'acquisto di medicinali sarà effettuato secondo le seguenti modalità

- i farmaci di Classe A per i quali l'iscritto ha sostenuto le spese del ticket, sono rimborsati integralmente senza applicazione di alcuno scoperto;
- i farmaci delle altre classi, compresi i medicinali omeopatici e galenici, per i quali l'iscritto ha sostenuto delle spese, sono rimborsati previa l'applicazione dello scoperto previsto pari al 50%

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura
è di € 250,00 per nucleo familiare.**

6.8.3 Emergenza odontoiatrica

Il Piano provvede, in caso di infortunio, al pagamento delle spese per una serie di prestazioni necessarie in caso di emergenza odontoiatrica.

La documentazione sanitaria necessaria per attivare tale copertura e usufruire delle prestazioni previste dalla stessa consiste in:

- radiografie e referti radiologici
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati per le seguenti prestazioni:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a

- perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture stesse.

6.8.4 Lenti e occhiali

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura.

Per l'attivazione della copertura è necessaria la prescrizione del medico oculista o una certificazione dell'ottico optometrista attestante la variazione del visus.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di un importo fisso a carico dell'Isritto come indicato nell'Allegato 3 "Ulteriori Prestazioni: Lenti/Occhiali".

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

Le spese sostenute dall'Isritto vengono liquidate entro il limite di spesa specifico per ciascuna prestazione come indicato nell'Allegato 3 "Ulteriori Prestazioni: Lenti/Occhiali"

6.8.5 Fecondazione eterologa

Il Piano prevede al pagamento delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa entro il limite di spesa annuo dedicato di **€ 700,00** per nucleo familiare.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da

medici convenzionati o, a regime rimborsuale, in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente copertura tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'iscritto e i costi dell'eventuale accompagnatore.

6.8.6 Prevenzione pediatrica

Il Piano prevede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento, per ciascun nucleo familiare, di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

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 prestazioni effettuata.

Per ciascuna prestazione è prevista un importo fisso a carico dell'iscritto pari a € 36,00.

6.8.7 Protocollo di assistenza

La presente copertura prevede per l'iscritto l'attivazione dei seguenti servizi :

1. Consulenza medica comprendente sia informazione e orientamento medico telefonico sia consulenza telefonica medico specialistica
2. Consulenza medica di alta specializzazione
3. Guardia Medica Permanente ed Assistenza Domiciliare di Urgenza
4. Assistenza Domiciliare Integrata
5. Secondo Parere Medico
6. Tutoring

7. Supporto psicologico telefonico
8. il Medico Risponde

6.8.8 Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute

Qualora una prestazione 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 alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.9 Prestazioni diagnostiche particolari

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

- Emocromo
- Glicemia
- Colesterolo parziale
- Colesterolo totale
- Trigliceridi
- FT3
- FT4
- TSH
- TRS
- Ferro

- TAS
- VES
- Esame delle urine completo
- Elettrocardiogramma a riposo o, in alternativa, il pap-test o il PSA

6.10 Invalidità permanente da malattia (copertura valida per il solo dipendente)

Limitatamente ai soli dipendenti di Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution la garanzia di cui alla presente copertura si intende prestata anche per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia, purché manifestatasi dopo l'effetto del presente contratto e comunque non oltre un anno dalla cessazione della copertura associativa.

Il massimale Iscritto per ciascun dipendente è determinato in 77.500,00 Euro.

E' considerata invalidità permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa generica dell'Isritto ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Verranno indennizzate le sole invalidità permanenti che abbiano comportato la perdita definitiva del rapporto di lavoro dell'Isritto presso Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution, a seguito di cessazione del rapporto di lavoro per assenza da infortunio o malattia così come regolata dal Contratto di Lavoro.

Qualora l'invalidità permanente sia invece tale da permettere la prosecuzione del rapporto di lavoro a "part time", il massimale è ridotto a 52.000,00 Euro e comunque rapportato proporzionalmente alla riduzione dell'orario di lavoro settimanale; la liquidazione della suddetta invalidità permanente esclude la possibilità della liquidazione dell'invalidità permanente da perdita definitiva del lavoro.

La valutazione dell'invalidità permanente viene in ogni caso effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alla tabella

allegato n. 1 previsto nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

Nessuna indennità spetta comunque quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 60% della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado uguale o superiore al 60% della totale, l'Impresa liquida un'indennità calcolata sulla somma associata per questa eventualità, secondo le seguenti percentuali.

Si conviene che la Società corrisponda l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, si ritiene non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Nel corso dell'assicurazione, le malattie che abbiano già avuto riconoscimento di indennizzo per l'invalidità permanente riscontrata non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove patologie. Pertanto, nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata indennizzata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità "residuale" andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DA APPLICARE ALLA SOMMA PREVISTA
60	79
61	82
62	85
63	88
64	90
65	95
da 66 al 100	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che sia trascorso un anno dalla denuncia della malattia.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella allegato n. 1 T.U. relativa al D.P.R. 30.06.65 n. 1124, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alla percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica di apprendimento psicomotorio dell'Isritto.

La perdita totale, anatomica e funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna perdita funzionale, con il massimo del 100%.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se al momento della malattia l'Isritto non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di invalidità permanente di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

L'assicurazione cessa automaticamente alla scadenza annuale successiva al compimento del 65mo anno di età e, comunque, dal momento in cui l'Isritto, prima della predetta data, acquisisca il diritto ad un trattamento pensionistico pubblico. Tale cessazione ha valore anche se dovesse verificarsi l'incasso di contributi scaduti dopo la cessazione stessa.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Isritto muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Isritto l'importo liquidato o offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Sono escluse le invalidità:

- derivanti direttamente o indirettamente, dalle cause di esclusione previste dall'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione;

- preesistenti alla data di assunzione a Cariparma, Calit, Carispezia e Crédit Agricole Group Solution.

7. CONTRIBUTI

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

- ciascun familiare fiscalmente non a carico **€ 430,00**

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti, salvo quanto previsto dal precedente art. 2 punto E;
2. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento demolitivo e quelli relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;
3. l'agopuntura non effettuata da medico;
4. la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport aerei o motoristici in genere;
5. le cure delle malattie mentali nei casi in cui diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della Legge 23 Dicembre 1978, n. 833; la psicoterapia e la psicoanalisi;
6. le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

7. l'acquisto, la riparazione e la manutenzione di apparecchi protesici o sanitari ausiliari;
8. le cure e le protesi dentarie non rese necessarie da infortunio, salvo quanto previsto dal comma G dell'art.2;
9. le visite di controllo non conseguenti a malattia od infortunio;
10. gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare, salvo quanto previsto dal precedente articolo 2 comma A.

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

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

6.11 Inclusioni/esclusioni

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

1) Coniuge e figli fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia

In fase di definizione

2) Coniuge e figli fiscalmente non a carico e convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia

In fase di definizione

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

In fase di definizione

4) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto di copertura

In fase di definizione

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

In fase di definizione

6) Cessazione del rapporto di lavoro

In fase di definizione

7) Promozioni

In fase di definizione

6.12 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.

6.13 Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **78°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **78°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **78°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

6.14 Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

6.15 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'Isritto.

10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia

ESOFAGO

- Interventi con esofagoplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica

INTESTINO

- Colectomia totale

RETTO - ANO

- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale

FEGATO

- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

PANCREAS - MILZA

- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

INTERVENTI SUL POLMONE

- Tumori della trachea

CARDIOCHIRURGIA

- Interventi a cuore aperto per:
 - Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi;
 - Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale;
 - Correzione impianto anomalo coronarie;
 - Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica;
 - Correzione canale atrioventricolare completo;
 - Finestra aorto-polmonare;
 - Correzione di:
 - Ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazione aortiche di tipo fetale
 - coartazione aortiche multiple o molto estese
 - stenosi aortiche infundibulari
 - stenosi aortiche sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa
 - pervietà interventricolare con "debanding"
 - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- - Sostituzioni valvolari multiple;
- - By-pass aortocoronarici multipli;
- - Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico;
- - Aneurismi aorta toracica;
- - Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio;
- - Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto;
- - Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti;
- - Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aortocoronarici.
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale

- Asportazioni tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

CHIRURGIA VASCOLARE

- Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca

- Vertebrotonomia
- Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza impianti
- Interventi per via anteriore con impianti

UROLOGIA

- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto) questo intervento è effettuabile in regime ambulatoriale
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico

TRAPIANTI DI ORGANI

- Tutti

11. ELENCO GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

CORONAROPATIA

Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

ICTUS CEREBRALE (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alla 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.

MALATTIA ONCOLOGICA

Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.

12. ELENCO ALTRE PRESTAZIONI: LENTI E OCCHIALI

Descrizione prestazione	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 17,34
Giornaliere 90 lenti	€ 45,90
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 23,46
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 61,20
Settimanali 6 lenti	€ 19,38
Mensili 1 lente	€ 6,12
Mensili 3 lenti	€ 15,30
Mensili 6 lenti	€ 27,54
Mensili toriche 3 lenti	€ 35,70
Mensili toriche 6 lenti	€ 71,40
Morbide annuali (alla coppia)	€ 76,50
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 183,60
Rigide (alla coppia)	€ 204,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 128,52
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 22,44
Soluzione salina	€ 2,04
Perossido	€ 0,42
Soluzione unica	€ 5,10
Detergente	€ 7,14
Collirio	€ 7,14
Enzimi	€ 10,20
Lenti organiche bianche	€ 21,42

Lenti organiche antiriflesso	€ 54,06
Lenti organiche 1,67 ar	€ 82,62
Lenti organiche 1,74 ar	€ 159,12
Lenti lantanio ar	€ 117,30
Lenti progressive	€ 153,00
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 20,40
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 25,50
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 42,84
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 71,40
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 102,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 107,10
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 71,40
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 127,50
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 112,20
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 147,90
Monofocale in vetro non trattata	€ 20,40
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 40,80
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 35,70
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 30,60
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 71,40
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 45,90
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 66,30
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 153,00
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 204,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 91,80
Montatura glosant (a giorno)	€ 132,60

