

AGIDAE

Guida
al Piano
sanitario

Istituti Religiosi
AGIDAE -
Associazione
Gestori Istituti
Dipendenti
dall'Autorità
Ecclesiastica

Edizione Novembre 2017

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

800-822460

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 Istituti Religiosi AGIDAE

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 risiedi in una provincia priva di strutture convenzionate e ti rivolgi a strutture private....	7
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
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 da UniSalute per AGIDAE?	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 da UniSalute per Fondo AGIDAE?	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	14
6.1.	Area ricovero	14
6.1.1.	Ricovero chirurgico in istituto di cura	15
6.1.1.1.	Trasporto sanitario	17
6.1.1.2.	Day-hospital chirurgico	17
6.1.1.3.	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	17
6.2.	Indennità sostitutiva	18
6.2.1.	Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso	18
6.2.1.1.	Day-hospital medico	20
6.2.1.2.	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	20
6.2.1.3.	Indennità sostitutiva	21
6.3.	Visite specialistiche	21
6.4.	Accertamenti diagnostici.....	22
6.5.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o come post intervento chirurgico	23
6.6.	Prestazioni odontoiatriche particolari	25
6.7.	Odontoiatria/ortodonzia	26
6.8.	Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero	27
6.9.	Diagnosi comparativa.....	28
6.10.	Prestazioni diagnostiche particolari	30
6.11.	Stati di non autosufficienza consolidata/permanente.....	31
6.11.1.	Oggetto della copertura	31
6.11.2.	Condizioni di assicurabilità.....	32
6.11.3.	Somma garantita	33
6.11.4.	Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente	33
6.11.5.	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte di UniSalute	39
6.11.6.	Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza	42

6.11.7.	Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	44
6.12.	Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute	44
6.13.	Servizi di consulenza e assistenza	45
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	47
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	50
8.1.	Inclusioni/esclusioni	50
8.2.	Validità territoriale	51
8.3.	Limiti di età	51
8.4.	Gestione dei documenti di spesa	51
8.5.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	51
9.	ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI	52

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.

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 per il Fondo AGIDAE. Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2. Se risiedi in una provincia priva di strutture convenzionate e ti rivolgi a strutture private

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 **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;
- in caso di **odontoiatria/ortodonzia**, scheda anamnestica redatta dal medico curante (dentista);
- 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 da UniSalute per il Fondo AGIDAE 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 da UniSalute per AGIDAE?

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:

- Chiedere la prenotazione a UniSalute comunicando le tue disponibilità;
- prenotare in autonomia e comunicare l'appuntamento;
- 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 e fare l'upload dei documenti, 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 da UniSalute per Fondo AGIDAE?

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 prestato a favore dei religiosi appartenenti a istituti religiosi iscritti ad AGIDAE, che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura.

Qualora un religioso decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

- ricovero e day hospital chirurgico in Istituto di cura;
- ricovero e day hospital medico in istituto di cura per gravi eventi morbosi;
- day-hospital chirurgico;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio o post ricovero;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- odontoiatria/ortodonzia;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- diagnosi comparativa;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza e assistenza.

6.1. Area ricovero

Il limite di spesa annuo a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo "Area ricovero" è di € 100.000,00 per persona.

6.1.1. Ricovero chirurgico 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 chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi. Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, la Società liquida le spese con il massimo di 2.500 euro per ricovero.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società , la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura) , trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto, 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**

Soltanto nel caso in cui l'iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, Le prestazioni vengono rimborsate integralmente da UniSalute, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

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

6.1.1.1. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Isritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

6.1.1.2. Day-hospital chirurgico

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

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

6.1.1.3. 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" 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.

6.2. Indennità sostitutiva

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

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

6.2.1. Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso

Per grave evento morboso s'intendono gli eventi di cui al punto "Elenco gravi eventi morbosi".

Qualora l'Isritto venga ricoverato per effettuare cure mediche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società , la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura) , trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

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

Le prestazioni erogate all'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**

Soltanto nel caso in cui l'iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, Le prestazioni vengono rimborsate integralmente da UniSalute, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

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

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

6.2.1.1. Day-hospital medico

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 medico in istituto di cura per grave evento morboso" con i relativi limiti in esso indicati.

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

6.2.1.2. 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 medico in Istituto di cura per grave evento morboso" con i relativi limiti in esso 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.

6.2.1.3. Indennità sostitutiva

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

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

6.3. Visite specialistiche

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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.

- **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 **€ 45,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della

fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Nel solo caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate con il minimo non indennizzabile di € **45,00** per ogni visita specialistica. 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 i ticket sanitari a carico dell'Isritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € **10,00** per ogni ticket. 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 € 1.500,00 per persona.**

6.4. Accertamenti diagnostici

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

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € **45,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto

della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Nel solo caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate con il minimo non indennizzabile di **€ 45,00** per ogni accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Isritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 10,00 per ogni ticket. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 700,00 per persona.</p>
--

6.5. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o come post intervento chirurgico

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o come post ricovero chirurgico indennizzabile ai termini della copertura, 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'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto. L'Isritto 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**

Nel solo caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente all'isritto senza applicazione di alcun importo a suo carico. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.500,00 per persona.

6.6. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga di quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano”, il Piano sanitario provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l’anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Queste prestazioni devono essere effettuate in un’unica soluzione.

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

→ Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono **liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse**, con l’applicazione di uno **scoperto del 30%** che dovrà essere versato dall’Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute al momento dell’emissione della fattura.

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

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

6.7. Odontoiatria/ortodonzia

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l’applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

In aggiunta a quanto previsto al paragrafo “Prestazioni odontoiatriche particolari”, rientrano in copertura eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all’applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

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

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l’applicazione di uno scoperto del **50%** che dovrà essere versato dall’Iscritto alla struttura convenzionata all’atto dell’emissione della fattura.

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

Nel solo caso in cui l’assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate, le prestazioni erogate all’Iscritto vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del **50%**. Per ottenere il rimborso è necessario che l’Iscritto allegghi alla fattura la scheda anamnestica compilata dal medico curante (dentista). Nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo.

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

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

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

6.8. Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero

In deroga di quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, il Piano sanitario liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura sanitaria purché anch’essi conseguenti alle seguenti patologie:

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

Per l’attivazione della 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, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

• 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 alcun importo a carico dell’Iscritto.

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

Nel solo caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente all'iscritto senza applicazione di alcun importo a suo carico.

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

Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto.

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 3.000,00 per persona.**

6.9. Diagnosi comparativa

Il Piano sanitario dà la possibilità all'iscritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto. Telefonando al numero verde della Centrale Operativa Unisalute **800-822460**, l'iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

Unisalute mette a disposizione dell'iscritto i seguenti servizi:

- **Consulenza Internazionale.** Unisalute rilascerà all'iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- **Trova Il Medico.** Unisalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best

Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Isritto.

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

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

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

– Ustioni Gravi

Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da Unisalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

6.10. Prestazioni diagnostiche particolari

Il Piano sanitario provvede 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.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto

- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Pap test

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

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

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

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

6.11. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente

6.11.1. Oggetto della copertura

UniSalute, nel limite della somma mensile di cui al successivo paragrafo "Somma garantita", garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo capitolo

“Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza”, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell’Iscritto.

6.11.2. Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell’operatività della copertura, le persone iscritte devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell’aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a) Lavarsi
 - b) Vestirsi e svestirsi
 - c) Andare al bagno e usarlo
 - d) Spostarsi
 - e) Continenza
 - f) Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l’assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l’assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.11.3. Somma garantita

La somma mensile garantita nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a € 600,00, da erogarsi fino a quando l'iscritto rimane in copertura con il presente Piano.

6.11.4. Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'iscritto nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo

0

completamente Autonomo

2° grado

L'iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno 5

3° grado

L'iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno 10

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo 0

2° grado

L'iscritto necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi 5

3° grado

L'iscritto necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi 10

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
(1) andare in bagno
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno 0

2° grado

L'iscritto necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3) 5

3° grado

L'iscritto necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3) 10

SPOSTARSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'iscritto è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi 0

<u>2° grado</u>	5
L'iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	
<u>3° grado</u>	10
L'iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	

CONTINENZA **PUNTEGGIO**

<u>1° grado</u>	0
L'iscritto è completamente continente	
<u>2° grado</u>	5
L'iscritto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	
<u>3° grado</u>	10
L'iscritto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	

NUTRIRSI **PUNTEGGIO**

<u>1° grado</u>	0
L'iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	
<u>2° grado</u>	5
L'iscritto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:	
<ul style="list-style-type: none"> • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere 	
<u>3° grado</u>	10
L'iscritto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'iscritto, o chi ne fa le veci, dovrà contattare la Centrale Operativa al **numero verde gratuito 800-822460** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 39 0516389046) e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'iscritto.

UniSalute, intervistando telefonicamente l'Isritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o chi ne fa le veci preposto alla cura dello stesso, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Società valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all'Isritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Isritto, o chi ne fa le veci, dovrà produrre la documentazione specificata successivamente. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

Nel caso in cui la Società riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'isritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'isritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Isritto o chi ne fa le veci.

Qualora l'Isritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, la Società, nei limiti della somma mensile garantita, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Isritto che nelle strutture stesse. All'isritto verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Società, quelle che verranno erogate con tariffe

agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Iscritto, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o chi ne fa le veci preposto alla cura dell'Iscritto, per accettazione del PAI.

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

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario –;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- 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 UniSalute**. La Società 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 UniSalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del limite di spesa 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 un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Nel caso in cui la Società riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di

redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'iscritto o chi ne fa le veci.

Qualora l'iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate sopra, la Società, 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, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'iscritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate UniSalute utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste.

La Società 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 della Società, nei limiti della somma mensile garantita per la presente copertura.

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

Nel caso in cui la Società non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'iscritto. Laddove il punteggio assegnato dalla Società al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, 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 chi ne fa le veci. Qualora l'iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate sopra, 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, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Qualora l'iscritto sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni indicate al precedente paragrafo, UniSalute provvederà a rimborsargli, nei limiti della somma mensile garantita per la presente copertura, esclusivamente la retta mensile.

6.11.5. Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte di UniSalute

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'iscritto, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o chi ne fa le veci preposto alla cura dell'iscritto, dovrà:

- a) chiamare il **numero verde gratuito 800-822460** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.
- b) **produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro**, da spedire a: **UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna** a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Isritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto;
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

La Società ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali. Nel caso in cui l'Isritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto pattuito nel Piano sanitario, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Isritto.

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 consolidata/permanente”, **se l’Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.**

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 consolidata/permanente”, **se l’Iscritto è ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d’ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.**

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;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

La Società 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 in 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

dalla Società quando il Piano sia ancora in vigore e:

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

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto pattuito nel Piano sanitario, con le modalità di cui ai successivi paragrafi, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell’Iscritto.

6.11.6. Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni indicate al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente” dà diritto all’Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all’attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l’erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma mensile garantita - entro i limiti previsti al punto “Somma garantita” - nelle forme di seguito indicate:

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali

In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente”, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale convenzionati con la UniSalute, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali

soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

Si precisa che, qualora l'iscritto opti per il pagamento diretto da parte della compagnia della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'iscritto oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o chi ne fa le veci preposto alla cura dell'iscritto.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere a quest'ultimo né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture del Piano sanitario, eccedenti la somma garantita o non autorizzate da UniSalute.

Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a:

UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138

Bologna dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'iscritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'iscritto; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario

inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

- Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

Il pagamento di quanto spettante all'Isritto viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Isritto, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

6.11.7. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Isritto, a controlli presso l'Isritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Isritto. In caso di rifiuto da parte dell'Isritto di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma prevista potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

6.12. 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'Isritto, 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.

6.13. Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-822460** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-822460.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389048.

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

e) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico della Società sino ad un massimo di 300'000 metri complessivi a\l. La copertura non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

f) 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 nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un

percorso complessivo di 500 km per evento.

g) Trasferimento in centro medico specializzato

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

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'iscritto.

7. 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. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie

- e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva compresi nell'elenco dei grandi interventi chirurgici e resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
 5. i ricoveri e/o gli eventi non espressamente previsti dal presente piano sanitario;
 6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, ancorché reso necessario da grande intervento chirurgico o grave evento morboso. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
 7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
 9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
 10. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
 11. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
 12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;

13. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

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

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

Limitatamente alle prestazioni "Odontoiatria/Ortodonzia" l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Limitatamente alle prestazioni "Stati di non autosufficienza" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- d) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non

ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

- h) di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i) di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
- j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- l) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

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.

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. Inclusioni/esclusioni

Le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Inserimento di nuovi religiosi in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di religiosi in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove iscrizioni. La copertura per il religioso decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la copertura decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

2) Uscita dalla confraternita e/o ente religioso iscritto ad AGIDAE

Nel caso di uscita dalla confraternita o ente religioso iscritto ad AGIDAE, l'iscritto viene mantenuto in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva.

8.2. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. **Se ti trovi all'estero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa** per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti eventualmente 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.

8.3. Limiti di età

Non sono previsti limiti d'età

8.4. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

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

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

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

9. ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

- Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - a) Ulcere torpide e decubiti
 - b) Sovrainfezioni
 - c) Infezioni urogenitali
 - d) Ipertensione instabile
 - e) Neuropatie
 - f) Vasculopatie periferiche
- Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - a) Dispnea
 - b) Edemi declivi e stasi polmonare
 - c) Ipossiemia
 - d) Alterazione equilibrio idro-salino
 - e) Riacutizzazione-acuzio
 - f) Aritmie
- Cardiopatia ischemica
- Insufficienza cardiaca congestizia
- Angina instabile
- Aritmie gravi

- Infarto e complicanze
- Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni:
 - a) Acuta
 - b) Edema polmonare
 - c) Cronica in trattamento riabilitativo
 - d) Con ossigenoterapia domiciliare continuata
 - e) Cronica riacutizzata
 - f) Con ventilazione domiciliare
- Insufficienza renale acuta
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale
- Neoplasia maligne – accertamenti e cure
- Gravi traumatismi – se controindicato intervento chirurgico – comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni
- Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%
- Patologie neuromuscolari evolutive
- Tetraplegia
- Sclerosi multipla
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Miopatie

- Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo
- Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali
- M. di Parkinson caratterizzato da:
 - riduzione attività motoria
 - mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta
- Stato di Coma
- Alzheimer

