SaluteMia
Società di Mutuo Soccorso
dei Medici e degli Odontoiatri

# Guida al Piano Sanitario PASTEUR 2026

www.salutemia.net
info@salutemia.net
Tel: 06-21011350

Edizione ottobre 2025

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario**
diverse da ricovero consultare:

**www.unisalute.it**
**24h su 24, 365 giorni l'anno**

**Per tutte le prestazioni dell'area ricovero**
contatta preventivamente il
**Numero verde**
**800.822.444**
dall'estero: prefisso per l'Italia **+ 051.63.89.046**
orari:
**08.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì**

La legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per Socio a:
**SaluteMia – Commissione Paritetica – Via della Mercede, 33 - 00187 Roma**
**@mail: reclami@salutemia.net**
**PEC: sms-salutemia@pec.salutemia.net**

Il reclamo dovrà contenere:

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.**

Grazie per la collaborazione.

# Guida al Piano Sanitario

# PASTEUR

***Il presente documento ha lo scopo di essere un agile strumento esplicativo dei Piani Sanitari su indicati.***
***In nessun caso il presente documento potrà sostituire il relativo Normativo tecnico della polizza assicurativa a garanzia delle prestazioni offerte nei Piani Sanitari che resta, pertanto, l'unico documento valido in combinato disposto con lo Statuto e il Regolamento di SaluteMia S.M.S. Il Normativo Tecnico di polizza è depositato presso la sede di SaluteMia.***

**Organigramma SaluteMia**

- **PRESIDENTE** **PRADA GIANFRANCO**
- **VICE PRESIDENTE** **SCASSOLA MAURIZIO**
- **CONSIGLIERI:**
  **BARBIERI SERGIO**
  **CHIAMENTI GIAMPIETRO**
  **LAVECCHIA MARIO**
  **SODANO LUIGI**
- **SINDACO** **GASPARI UGO VENANZIO**
- **DIRETTORE** **MARCIANI GIAN PIERO**
- **AREA CONSULTING E SUPPORT:**
  **BONI ANNA**
  **CAVALLETTI DONATELLA**
  **COLOMBO EVA**
  **MANGIA ANDREA**
  **PEZZA STEFANIA**
  **PONZO MONICA**

# 1. SOMMARIO

1. SOMMARIO ..... 5
2. BENVENUTO ..... 7
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO ..... 7
3.1 Se scegli una struttura convenzionata ..... 7
3.2 Se scegli una struttura non convenzionata ..... 8
3.3 Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale ..... 9
3.4 Documentazione in caso di Morte dell'Assistito ..... 9
4. SERVIZI ONLINE ..... 10
4.1 Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Riservata? ..... 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? ..... 11
4.6 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate? ..... 11
4.7 Come posso ottenere pareri medici? ..... 12
4.8 L'app di UniSalute ..... 12
4.8.1 Come faccio a scaricare l'app UniSalute? ..... 12
4.8.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? ..... 12
4.8.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? ..... 13
4.8.4 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? ..... 13
5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA ..... 14
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO ..... 14
6.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di grande intervento o di grave evento morboso (intendendo per tali quelli contenuti negli elenchi specifici) ..... 14
6.1.1 Trasporto sanitario ..... 15
6.1.2 Day-hospital ..... 15
6.1.3 Intervento chirurgico ambulatoriale ..... 15
6.1.4 Trapianti ..... 16
6.1.5 Parto e aborto ..... 16
6.1.5.1 Parto cesareo ..... 16
6.1.5.2 Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo ..... 16
6.1.6 Rimpatrio della salma ..... 16
6.1.7 Modalità di erogazione delle prestazioni ..... 17
6.1.8 Indennità sostitutiva con pre e post ricovero ..... 17
6.1.9 Massimale assicurato ..... 18
6.2 Alta Specializzazione ..... 18
6.3 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici ..... 19
6.4 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio ..... 20
6.5 Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici ..... 21
6.6 Cure oncologiche ..... 21
6.7 Prestazioni odontoiatriche particolari ..... 21
6.8 Cure dentarie da infortunio ..... 22
6.9 Ortodonzia ..... 22
6.10 Prestazioni diagnostiche particolari ..... 23
6.11 Stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni ..... 24
6.11.1 Oggetto della garanzia ..... 24
6.11.2 Condizioni di assicurabilità ..... 24
6.11.3 Somma assicurata ..... 24
6.11.4 Definizione dello stato di non autosufficienza ..... 24
6.11.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte della società ..... 25
6.11.6 Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza ..... 26
6.11.6.1 Erogazione diretta della prestazione di assistenza ..... 27
6.11.6.2 Richiesta di rimborso spese ..... 27
6.11.7 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza ..... 27
6.12 Prestazioni a tariffe agevolate ..... 28
6.13 Servizi di consulenza e assistenza ..... 28
7. PERSONE NON ASSICURABILI ..... 28
8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO ..... 29
9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI ..... 31
9.1 Inclusioni/Esclusioni ..... 31
9.2 Estensione territoriale ..... 31
9.3 Limiti di età ..... 31
9.4 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) ..... 31

10. 1 ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI ..... 32

11. 2 ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI ..... 36

12. SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA ..... 37

***SaluteMia si riserva il diritto di apportare modifiche e/o modificare in aumento i contributi richiesti per l'annualità 2027; in tal caso l'iscritto ha la facoltà di recedere da socio di SaluteMia e contestualmente comunicare, a mezzo PEC (Sms-salutemia@pec.salutemia.net) o Raccomandata AR (all'indirizzo SaluteMia, Via della Mercede 33 - 00187 Roma) entro 30 giorni dal ricevimento, al proprio indirizzo di posta elettronica in possesso di SaluteMia, della comunicazione di aumento dei contributi 2027 la volontà di non rinnovare i Piani sanitari sottoscritti nel 2026. L'iscritto non potrà disdettare i Piani sanitari e mantenere lo status di socio di SaluteMia.***

# 2. BENVENUTO

Il presente documento è un utile supporto per conoscere e accedere alle prestazioni previste dal Piano Sanitario che hai sottoscritto.

**I servizi online**
Su **www.unisalute.it**, hai a disposizione un'**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice accedere alle prestazioni previste dal Piano Sanitario.
I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni**.

# 3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

## 3.1 Se scegli una struttura convenzionata

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su **www.unisalute.it** nell'Area Riservata, cui si accede utilizzando le credenziali dell'Iscritto nucleo o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa, ad eccezione di quanto previsto dalle singole prestazioni, perché il pagamento delle stesse avverrà direttamente tra la Società e la struttura convenzionata. Per alcune prestazioni potrebbe essere previsto una compartecipazione al costo delle stesse, in termini di importo in euro (nel caso di applicazione di franchigia) oppure in percentuale del costo totale (nel caso di scoperto);
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata dalla Società**, 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.

La Società 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, u**tilizza la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area Riservata, è comodo e veloce!

## 3.2 Se scegli una struttura non convenzionata

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

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

**Richiesta rimborso online**

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

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a **SaluteMia - Via della Mercede, 33 - 00187 Roma**, la documentazione necessaria.

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 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 sostitutiva**, 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 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 **prestazioni odontoiatriche** scheda anamnestica odontoiatrica redatta dal medico dentista e eventuale documentazione indicata al relativo punto;
- in caso di **non autosufficienza ed assistenza**, documentazione indicata al relativo punto;
- **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) **in COPIA** in cui risulti il quietanzamento. Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto.

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.
Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata e previa consegna della documentazione di cui sopra.

É bene sapere che dovrai consentire controlli medici eventualmente disposti dalla Società e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

SaluteMia liquiderà il pagamento di quanto spettante all'Iscritto dalla avvenuta ricezione della documentazione sanitaria completa (ove previsto dal Piano sanitario). In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Iscritto al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

### 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 Riservata. É facile e veloce!

In alternativa, invia a **SaluteMia - Via della Mercede, 33 - 00187 Roma**, la documentazione necessaria.

### 3.4 Documentazione in caso di Morte dell'Assistito

a) Certificato di morte dell'Assistito, con indicazione della data di nascita;
b) Certificato di "stato di famiglia ";
c) Atto di notorietà per fini successori;
d) Copia del testamento, qualora esistente;
e) Copia dell'atto di rinuncia (nel caso di eredi rinunciatari);
f) Copia dell'atto con cui il Giudice tutelare ha autorizzato il Legale Rappresentante del/dei minori a riscuotere il credito oggetto di eredità;
g) Inesistenza di sentenza di separazione giudiziale tra i coniugi o di separazione consensuale omologata dal Tribunale. In caso contrario, dovrà risultare a quale dei coniugi sia stata eventualmente addebitata in sentenza la separazione;
h) Nomi di tutti i figli, il loro stato civile, l'inesistenza di figli oltre quelli indicati e se fra di loro vi sono inabili od interdetti;
i) Qualora non esistano figli, i nominativi di tutti gli eredi del defunto e il loro domicilio;
j) Copia di un documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario;
k) Per ogni erede, Iban e recapiti (mail, cellulare, pec);
l) Altra documentazione ritenuta necessaria ai fini della liquidazione dell'indennizzo.

# 4. SERVIZI ONLINE

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

Sul sito **www.unisalute.it** all'interno dell'Area Riservata 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**;
- 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 Riservata?

**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 Riservata e accedi **alla funzione "Prenotazione".**
In base alle tue esigenze puoi:

- Chiedere la prenotazione 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 Riservata e **accedi all'area "Aggiorna dati"**. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo;
- 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, conferma dell'avvenuto **rimborso**.

## 4.4 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

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

**Richiesta rimborso online**

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

**Se non puoi accedere a internet,** utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **SaluteMia - Via della Mercede, 33 - 00187 Roma**.

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

Entra nell'Area Riservata 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?

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.

## 4.7 Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area Riservata 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 Soci rispettando il più assoluto anonimato.

## 4.8 L'app di UniSalute

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

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. E' possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

### 4.8.1 Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** è può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute Up" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.
Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.
Se sei già registrato sul sito www.**unisalute.it** puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

**UniSalute PER TE**
**Accedi alla sezione PER TE** per leggere news e articoli del Blog InSalute: sarai sempre aggiornato sui temi che riguardano la salute e il benessere!

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

**Attraverso l'app puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.**

Una volta entrato nell'app compila in modo rapido l'apposito form su **"Prenotazioni"** e visualizza tutti

i dettagli relativi alla prenotazione.

Puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente a UniSalute.

In tutti i casi UniSalute verifica in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

**Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!**
Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.
Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

### 4.8.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.
Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

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

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.
L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.
Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.
Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

**Integra la documentazione mancante**
Nella sezione "**concludi**" puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa.
Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

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

La copertura è prestata a favore degli Studenti Iscritti alla Fondazione ENPAM.

## 6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese di ricovero sostenute dall'Iscritto per:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di Grande Intervento chirurgico o di Grave evento morboso (intendendo per tali quelli contenuti negli elenchi specifici);
- indennità giornaliera;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio;
- protesi/ausili ortopedici ed acustici;
- cure oncologiche;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure dentarie da infortunio;
- ortodonzia;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza e assistenza.

### 6.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di grande intervento o di grave evento morboso (intendendo per tali quelli contenuti negli elenchi specifici)

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

**a) Pre- ricovero**

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **100** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

**b) Intervento chirurgico**

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, le relative spese sono liquidate con il massimo di **€ 2.500,00** per ricovero.

**c) Assistenza medica, medicinali, cure**

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e

accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

**d) Rette di degenza**

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 200,00** al giorno.

**e) Accompagnatore**

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.
Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

**f) Assistenza infermieristica privata individuale**

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per ricovero.

**g) 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 **100** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

### 6.1.1 Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.000,00** per ricovero.

### 6.1.2 Day-hospital

Nel caso di day-hospital, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di grande intervento o di grave evento morboso" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.
La garanzia 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

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di grande intervento o di grave evento morboso" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

### 6.1.4 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di grande intervento o di grave evento morboso" 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, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

### 6.1.5 Parto e aborto

#### 6.1.5.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di grande intervento o di grave evento morboso" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 5.000,00** per anno assicurativo e per persona, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

#### 6.1.5.2 Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di grande intervento o di grave evento morboso" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto "Ricovero in Istituto di cura a seguito di grande intervento o di grave evento morboso", lettera g) "Post-ricovero", e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 4.000,00** per anno assicurativo e per persona, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

### 6.1.6 Rimpatrio della salma

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

### 6.1.7 Modalità di erogazione delle prestazioni

**a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

- punto "Ricovero in Istituto di cura a seguito di grande intervento o di grave evento morboso":
  lett. a) "Pre ricovero";
  lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
- punto "Trasporto sanitario";
- punto "Rimpatrio della salma"

che vengono rimborsate all'Iscritto nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

- punto "Parto e aborto";

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

**b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.**

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Iscritto con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** ad eccezione delle seguenti:

- punto "Ricovero in Istituto di cura a seguito di grande intervento o di grave evento morboso":
  lett. d) "Retta di degenza";
  lett. e) "Accompagnatore";
  lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
- punto "Trasporto sanitario";
- punto "Parto e aborto";
- punto "Rimpatrio della salma";

che vengono rimborsate all'Iscritto nei limiti previsti ai punti indicati.

**c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità Sostitutiva con pre e post ricovero".

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

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

### 6.1.8 Indennità sostitutiva con pre e post ricovero

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a SaluteMia, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle

garanzie di “pre” e “post ricovero” in questo caso vengono prestate senza l’applicazione di eventuali limiti previsti al punto “Modalità di erogazione delle prestazioni” ed assoggettate ad un massimale annuo per persona pari a **€ 2.000,00**.

### 6.1.9 Massimale assicurato

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 125.000,00** per persona.

## 6.2 Alta Specializzazione

In deroga a quanto previsto all’art. “Casi di non operatività del Piano” al punto 17, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

**Alta diagnostica radiologica:**

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungrafia

**Accertamenti:**

- Ecocardiografia

- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

**Terapie:**

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia
- Laserterapia a scopo fisioterapico

**Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.**

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di **€ 30,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

**Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

**Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per persona per la prestazione "Laserterapia a scopo fisioterapico" è previsto un sottomassimale di € 500,00 per anno/persona.**

## 6.3 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

**Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.**

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.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di **€ 30,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

**Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

**Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per persona.**

## 6.4 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

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

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

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **25%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per fattura/persona.

**Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 600,00 per persona.**

## 6.5 Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, ecc.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del **20%** con un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per fattura/persona.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.**

## 6.6 Cure oncologiche

In deroga a quanto previsto all'art. "Casi di non operatività del Piano" al punto 17 il Piano sanitario, nei casi di malattie oncologiche, liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per persona.**

## 6.7 Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto all'art. "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno unicamente in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", 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.

Nel caso in cui l'Iscritto abbia un'età maggiore o uguale a 15 anni rientra esclusivamente in copertura:

- **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.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

**La garanzia è prevista unicamente presso strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società**, e le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

## 6.8 Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto all'art. "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, Il Piano sanitario liquida all'Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

**Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.

**Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 1.500,00 per persona.**

## 6.9 Ortodonzia

**NB: La garanzia è valida a partire dal primo giorno del II° anno di copertura continuativa.**

In deroga a quanto previsto all'art. "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche anche di tipo diagnostico.

**Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **10%** che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

**Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate**, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni sopra indicate corrisponde a € 300,00 per persona.**

## 6.10 Prestazioni diagnostiche particolari

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

Elenco prestazioni di prevenzione:

**a) Prevenzione cardiovascolare (protocollo Progetto cuore) consiste in:**

- colesterolo totale
- colesterolo hdl
- trigliceridi
- transaminasi
- azotemia
- creatininemia
- emocromo
- glicemia
- visita cardiologica
- ecg di base

**uomo/donna 1 volta ogni 2 anni**

**b) prevenzione oculistica consiste in:**

- visita oculistica

**uomo/donna 1 volta ogni 3 anni**

**c) prevenzione oncologica consiste in:**

- per la prevenzione del tumore alla mammella: mammografia
- per la prevenzione del tumore al collo dell'utero: pap-test

**1 volta ogni anno**

## 6.11 Stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni

### 6.11.1 Oggetto della garanzia

Il Piano sanitario garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Iscritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza".

### 6.11.2 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere limitazioni per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
a) spostarsi,
b) lavarsi,
c) vestirsi,
d) nutrirsi.

2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%

3. Essere affetti 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 medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.

4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica

### 6.11.3 Somma assicurata

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500,00** da corrispondersi per una durata massima di **6 mesi**.

### 6.11.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).

- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).
- e necessiti temporaneamente ma in modo costante:
  - dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
    oppure
  - di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

### 6.11.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte della società

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

a) chiamare il numero verde gratuito **800-822444** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre ai fini della valutazione medica finale;
b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: **SaluteMia - Via della Mercede, 33 - 00187 Roma** - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.
Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare 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);
- 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 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.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato le garanzie di polizza non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Iscritto o un suo rappresentante.
Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.
Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, 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 alla Società.
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 temporaneo dell'Iscritto.

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 contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.
Il diritto dell'Iscritto al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA e RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo 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 dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA e RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture,
- ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Iscritto.

### 6.11.6.1 Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Iscritto richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.
La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all'Iscritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate dalla Società.

### 6.11.6.2 Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: **SaluteMia - Via della Mercede, 33 - 00187 Roma** - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare 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);
- 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 tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Iscritto sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.
Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato su presentazione della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Iscritto, a fronte di specifica richiesta da parte di SaluteMia, 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'Iscritto, a controlli presso l'Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Iscritto.

In caso di rifiuto da parte dell'Iscritto di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

## 6.12 Prestazioni a tariffe agevolate

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali 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.

## 6.13 Servizi di consulenza e assistenza

**In Italia**

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800-822444 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30**.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

**a) Informazioni generiche sul contratto**

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso
- modalità di richiesta di rimborso

**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 la Società.**

**I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Struttura Organizzativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.**

**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 Struttura Organizzativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

# 7. PERSONE NON ASSICURABILI

Sono definite "persone non assicurabili" coloro le quali abbiano sofferto o soffrano alla data di effetto della garanzia di almeno una delle seguenti patologie, o rientrino in almeno una delle sotto elencate casistiche:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica; Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);

- 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;
- Essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%, salvo quanto previsto all'art. per quanto attiene l'operatività specifica della garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni";
- Stato di non autosufficienza temporanea o permanente alla data di attivazione del presente piano sanitario.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie o condizioni sopra indicate.

## 8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Si intendono escluse dalla copertura le spese 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 resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
   Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto 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;
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. 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;

12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
14. 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;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
16. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
17. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
18. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
19. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni", l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
- di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 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;
- del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Iscritto 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;
- 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);
- di partecipazione attiva dell'Iscritto ad atti criminali;
- di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;

- di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- dirette o indirette di pandemie.

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

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

# 9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

## 9.1 Inclusioni/Esclusioni

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

Le inclusioni di iscritti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove iscrizioni.

**2) Cessazione dell'iscrizione**

Nel caso di cessazione dell'iscrizione, l'ex-titolare viene mantenuto nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

## 9.2 Estensione territoriale

Il Piano Sanitario ha validità in tutto il mondo.

## 9.3 Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fintanto che l'Iscritto sia iscritto alla Fondazione ENPAM in qualità di studente e comunque non oltre i **40** anni di età.

## 9.4 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

**A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate**

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

**B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate**

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

## 10.1 ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

**Ricoveri con Intervento chirurgico anche in Day Hospital in Istituto di Cura a seguito di Malattia e Infortuni, compreso il Parto cesaro.**
**Rientrano nella seguente garanzia esclusivamente gli interventi chirurgici di seguito elencati, anche se effettuati in regime di Day Hospital o in regime ambulatoriale:**

**CELLULE STAMINALI**
Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche- effettuata nei soli paesi dell'Unione Europea

**CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE**
Asportazione di tumore glomico carotideo
Decompressione della arteria vertebrale nel forarne trasversario
Angioplastica con eventuale stent
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Interventi su grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Safenectomia della grande safena
Interventi per corpi estranei nel cuore
Asportazione di tumori endocavitari del cuore
Disostruzione by-pass aorta addominale
Aneurismectomia ventricolare
Correzione radicale del ritorno venoso polmonare

**CHIRURGIA DEL COLLO**
Tiroidectomia totale
Interventi sulle paratiroidi
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
Tiroidectomia totale con svuotamento latercervicale mono o bilaterale
Resezione esofago cervicale
Dissezione radicale del collo
Escissione dotto Tireoglosso

**CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE**
Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Appendicectomia con peritonite diffusa
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi per anastomosi mesenterica-cava
Interventi per esofagoplastica
Interventi per amputazione del retto-ano

Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococcosi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
Intervento per neoplasie pancreatiche
Intervento per pancreatiche acuta o cronica per via laparotomica
Intervento su esofago, stomaco, duoadeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione dellel vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica
Interventi per necrosi acuta del pancreas
Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria con l'esclusione degli interventi eseguiti per via endoscopica
Interventi per ulcera peptica post-anastomotica
Interventi per via laparotomica per confusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
Interventi per via laparotomica per confusioni o ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino
Resezione intestinale
Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
Fistole entero-enteriche
Anastomosi entero esofagee
Polipectomia per via laparotomica

**CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

Interventi per cisti o tumori del mediastino
Interventi per echinococcosi polmonare
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Pneumectomia totale o parziale
Toracectomia
Toracoplastica
Asportazione del timo
Decompressione stretto toracico superiore

**CIRURGIA GENERALE**

Ernia femorale
Intervento per asportazione delle neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
Nodulectomia mammaria

**CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE**

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio
Intervento per anchilosi temporo mandibolare
Ricostruzione della emimandibola
Interventi demolitivi del massiccio facciale con svuotamento orbitale
Push back e faringoplastica

**GINECOLOGIA**

Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia
Isterectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
Parto cesareo
Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
Intervento per eviscerazione pelvica
Intervento per fistola retto-vaginale
Intervento per creazione operatoria di vagina artificiale (a seguito di intervento demolitivo per neoplasia maligna)
Intervento per creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi (a seguito di intervento demolitivo per neoplasia maligna)
Sacrocolpopessi per via addominale per colpocistorettocele

**NEUROCHIRURGIA**

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e /o extramidollari)
Asportazione tumori dell'orbita
Interventi di cranio plastica
Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o trans-orale
Interventi per ernia del disco e /o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertabrale
Interventi sul plesso branchiale
Interventi sull'ipofisi per via tra sfenoidale
Operazioni per encefalo meningocele
Lobotomia ed altri interventi di psicochirurgia
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
Interventi per epilessia focale
Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
Emisferectomia
Idrocefalo ipersecretivo
Crodotomia e mielotomia percutanea

**OCULISTICA**

Interventi per neoplasie del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare
Odontocheratoprotesi
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Interventi chirurgici sul modello spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione del tomori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale anche se eseguiti a livello lombare
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costola cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Rimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non con

seguenti a trauma
Trattamento delle dismetrie e /o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
Disarticolazione interscapolo toracica
Emipelvectomia
Emivelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
Svuotamento di focolai matastatici ed armatura con sintesi più cemento
Artroprotesi carpale
Vertebrotomia
Croporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
Tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito
Impianti flessibili (es. Swanson-Mabauer polso e mano)

**OTORINOLARINGOIATRIA**
Asportazione di tumori glomici-giugolari
Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale sfenoidale e mascellare
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
Faringo-laringectomia
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Ricostruzione della catena ossiculare
Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare contemporaneo
Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e delle tonsille con svuotamento gangliare
Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento obitatrio
Palatoschisi totale

**TRAPIANTI DI ORGANO**
Trapianti di organo

**UROLOGIA**
Terapia della calcolosi urinaria incluse le prestazioni quali la Litotrissia endoscopica percutanea ed escluse le terapie mediche sia di tipi farmacologico usate nelle coliche addominali sia quelle volte a sciogliere i calcoli renali farmacologicamente
Trattamento chirurgico della calcolosi urinaria
Cistoprostatovescicolectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Nefrectomia per tumore di Wilms
Surrenalectomia
Interventi per fistola vescico-rettale
Interventi per fistola vescico-intestinale
Intervento per estrofia vescicale
Interventi per fistola vescico-vaginale
Amputazione totale del pene con linfoadenectomia

## 11.2 ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

**Il ricovero senza intervento è indennizzabile a seguito del parto naturale, di aborto terapeutico e spontaneo o in conseguenza delle seguenti patologie:**

Agenesia cerebellare
Amiloidosi primarie e familiari
Eritmie gravi che si verificano quando è compromessa la funzione di pompa del cuore (es. tachicardia ventricolare-fibrillazione ventricolare-Sindrome del QT Lungo-blocco atrio ventricolare 3° grado)
Atassia cerebellare ereditaria di marie
Atassia di friedreich
Atassia friedreich-like
Corea di huntington
Coma
Connettivite miste
Crioglobulinemia mista
Degenerazione epatocerebrale
Degenerazione lenticolare o oputaminale familiare
Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: (i) ulcere torbide, (ii) decubiti, (iii) neuropatie, (iv) vasculopatie periferiche (v) infezioni urogenitali o sovrinfezioni
Embolia polmonare
Granulomatosi di Wegener
Ictus cerebrale: (accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico
Insufficienza renale acuta che necessita di trattamento dialitico
Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni: (i) dispnea, (ii) edemi declivi, (iii) aritmia, (iv) angina instabile, (v) edema o stasi polmonare, (vi) ipossiemia
Istiocitosi x
Malattia di Niemann Pick
Malattia di Whipple
Morbo di Parkinson caratterizzato da marcata riduzione dell'attività motoria e da rilevante difficoltà a mantenere la posizione eretta
Neurofibromatosi
Neoplasie maligne comprese neoplasie in situ
Osteodistrofia congenita
Pemfigo
Pemfigoide bolloso
Porpora di Schonlein-Henoch
Sarcoidosi
Sindrome coronarica acuta (Angina instabile – IMA trans murale – IMA non Q) con eventuale applicazione di Stent
Sindrome di Ehlers-Danloss
Sindrome di Klippel-Trenaunay
Sindromi adrenogenitali congenite
Xeroderma pigmentoso
Tutti i ricoveri in terapia intensiva

## 12.SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA

Gentile Cliente,
affinché Unisalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche di cui si appresta a richiedere il rimborso, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la scheda anamnestica odontoiatrica **indicante le patologie e le pregresse riabilitazioni, rilevate PRIMA dell'erogazione delle terapie, durante le fasi diagnostiche pre trattamento**.

Tale scheda è stata suddivisa in due tabelle per rendere più agevole e uniforme la raccolta dei dati relativi allo stato di salute del suo cavo orale, **precedente alle prestazioni** odontoiatriche effettuate.

La documentazione compilata andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

| Il Sottoscritto/a | | | |
|---|---|---|---|
| Nato a | il | **Codice Fiscale**<br>I__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\| | |
| Residente a | | Prov | CAP |
| Via/Piazza | | N° | N° tel. |

**TABELLA 1 – Anamnesi clinica degli elementi dentali e dei tessuti parodontali**

***Si prega di barrare con una X gli elementi interessati***

| Codice | Descrizione | Indicare gli elementi interessati | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | ELEMENTO MANCANTE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| O | OTTURAZIONE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| D | DEVITALIZZAZIONE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| IN | INTARSIO | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| RIC | RICOSTRUZIONE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| W | CORONA PROTESICA SINGOLA | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| F | FIXTURE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| PF | ELEMENTO DI PROTESI FISSA | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| PM | ELEMENTO DI PROTESI MOBILE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| P | PERNO MONCONE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| S | ELEMENTO DI SCHELETRATO | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| DP | DENTE PILASTRO | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| C | CARIE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| RA | RESIDUO RADICOLARE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| FC | FRATTURA CORONALE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| ENV | ELEMENTO NON VITALE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| EDP | ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| EMP | ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO + | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| EM1 | ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 1 | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| EM2 | ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 2 | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| EM3 | ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| RG MI | RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER I | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| RG MII | RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER II | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| COR | CISTI (ODONTOGENA O RADICOLARE) | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| DOA | DIFETTO OSSEO ANGOLARE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| ERI | ELEMENTO RITENUTO OD INCLUSO | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| FR | FRATTURA RADICOLARE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCI | CURA CANALARE INCONGRUA | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| GP | GRANULOMA PERIAPICALE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |

**TABELLA 2 – Patologie del cavo orale**

**Indicare per esteso il quadro clinico rilevato: si prega di scrivere in stampatello in modo chiaro e leggibile.**

***(Es.: recessione gengivale classe di Miller III: 1° e 2° quadrante; leucoplachia: mucosa geniena destra; frenulo: linguale; riassorbimento osseo orizzontale: diffuso; altre patologie delle mucose orali: mucocele labbro inferiore; ecc.)***

| Codice | Descrizione | Indicare se presente |
|---|---|---|
| MLCI | MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I | |
| MLCII | MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II | |
| MLCIII | MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE III | |
| TP | TORUS PALATINO | |
| TM | TORUS MANDIBOLARE | |
| FT | FRENULO TECTOLABIALE | |
| E | EPULIDE (GRANULOMA A CELLULE GIGANTI) | |
| L | LEUCOPLACHIA | |
| ESLT | ERITOPLACHIE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI | |
| APMO | ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI | |
| FRE | FRENULO | |
| RCGMIII | RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III | |
| RCGMIV | RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV | |
| ROO | RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE | |

ATTENZIONE: nella scheda anamnestica vanno segnate le preesistenze (carie, elementi assenti, corone, otturazioni, fratture, ecc.) E NON le cure effettuate.

ATTENZIONE: La scheda anamnestica va compilata per l'intero cavo orale, non soltanto per il distretto oggetto di cure.

Note:

**Firma dell'odontoiatra** _____

**Data** _____