Guida ai Piani Sanitari SaluteMia

biennio 2026-2027

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

Edizione Settembre 2025

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario diverse dal Ricovero consultare:
www.unisalute.it
24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le **prestazioni dell'Area Ricovero** è opportuno contattare 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 ai Piani Sanitari:

- **Base**
- **Integrativo 1. Ricoveri**
- **Integrativo 2. Specialistica**
- **Integrativo 3. Specialistica Plus!**
- **Integrativo 4. Odontoiatria**
- **Piano Optima Salus**

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 GIANPIERO**
- **AREA CONSULTING E SUPPORT:**
  BONI ANNA
  CAVALLETTI DONATELLA
  COLOMBO EVA
  MANGIA ANDREA
  PEZZA STEFANIA
  PONZO MONICA

SOMMARIO

1 BENVENUTO 7

2 COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 7

2.1 Se scegli una struttura convenzionata 7
2.2 Se scegli una struttura non convenzionata 7
2.3 Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale 9
2.4 Documentazione in caso di Morte dell'Assistito 9

3 SERVIZI ONLINE 9

3.1 Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Riservata? 10
3.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 10
3.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati? 10
3.4 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 11
3.5 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 11
3.6 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate? 11
3.7 Come posso ottenere pareri medici? 11
3.8 L'app di UniSalute 12
3.8.1 Come faccio a scaricare l'app UniSalute? 12
3.8.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? 12
3.8.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? 13
3.8.4 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? 13

4 PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA E REGOLE DI INGRESSO 14

4.1 Norme per l'ingresso in copertura 15

5 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO BASE 18

5.1 Ricovero con intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, compreso il parto cesareo: solo "Grandi interventi chirurgici" come elencati al successivo allegato A - "Elenco grandi interventi chirurgici" 19
5.1.1 Trasporto sanitario 22
5.1.2 Rimpatrio della salma 22
5.1.3 Ospedalizzazione domiciliare 23
5.1.4 Trapianti 23
5.1.5 Neonati 23
5.1.6 Cure dentarie da infortunio 23
5.2 Ricovero in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, senza intervento chirurgico, compreso il parto naturale, aborto terapeutico e spontaneo: solo "Gravi eventi morbosi" come elencati al successivo allegato B - "Elenco gravi eventi morbosi" 24
5.2.1 Trasporto sanitario 27
5.2.2 Rimpatrio della salma 27
5.3 Alta diagnostica 28
5.4 Assistenza maternità 29
5.4.1 Assistenza maternità base 29
5.4.2 Assistenza maternità estensione 29
5.4.3 Latte artificiale 30
5.4.4 Servizio Mother care 30
5.5 Prestazioni dentarie 31
5.6 Prevenzione 31
5.7 Tampone per screening per infezione da Sars- Cov2 32
5.8 Prevenzione obesità infantile 32
5.9 Non autosufficienza ed assistenza 33
5.9.1 Definizione dello stato di non autosufficienza 33
5.9.2 Elenco prestazioni di assistenza 34
5.9.3 Esclusioni dalla presente copertura 34
5.10 Stati di non autosufficienza consolidata/permanente a seguito di infortunio professionale 35
5.10.1 Oggetto della copertura 35
5.10.2 Condizioni di associabilità 35
5.10.3 Limite di spesa annuo 35
5.10.4 Termine per l'indennizzo 35
5.10.5 Definizione dello stato di non autosufficienza 36
5.10.6 Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite a domicilio da strutture convenzionate 37
5.10.7 Accoglimento della denuncia del sinistro 39
5.10.8 Accertamento dello stato di non autosufficienza 39
5.10.9 Criteri di liquidazione dell'indennizzo 39
5.10.10 Termini per la liquidazione dell'indennizzo 39
5.11 Tariffe agevolate in caso di intervento chirurgico ambulatoriale e prestazioni di diagnostica in elenco 40
5.12 Video consulto per visite specialistiche 40
5.13 Servizio Monitor Salute 41

6 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 1 - RICOVERI 42

6.1 Ricovero con intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, compreso il parto cesareo 42
6.1.1 Trasporto sanitario 45
6.1.2 Neonati 45
6.2 Ricovero senza intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, compreso il parto naturale, aborto terapeutico e spontaneo 46
6.2.1 Trasporto sanitario 48

6.2.2 Intervento chirurgico ambulatoriale per il trattamento della cataratta e in caso di iniezioni intravitreali ... 48

7 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 2 - SPECIALISTICA ... 50

7.1 Alta diagnostica integrata, accertamenti e terapie, visite specialistiche, analisi di laboratorio, prestazioni fisioterapiche ... 50

8 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 3 – SPECIALISTICA PLUS! ... 52

8.1 Alta diagnostica integrata ... 52
8.2 Assistenza maternità Plus! ... 53
8.3 Assistenza maternità Plus! estensione ... 53
8.4 Prevenzione oncologica ... 54
8.5 Protesi e ortesi ortopediche ... 54

9 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 4 – ODONTOIATRIA ... 55

10 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS ... 57

10.1 Prestazioni ospedaliere ... 57
10.1.1 Ricovero in istituto di cura in regime pubblico ... 58
10.1.2 Ricovero in istituto di cura in regime privato ... 59
10.1.3 Trapianti ... 61
10.2 Prestazioni extraospedaliere ... 61
10.2.1 Endoscopie digestive, respiratorie ed urinarie e, o terapeutiche ... 62
10.2.2 Alta diagnostica ... 62
10.2.3 Trattamenti dell'infertilità ... 63
10.2.4 Malattie oncologiche ... 63
10.2.5 Medicina oncologica preventiva ... 64
10.2.6 Gravidanza ... 65
10.3 Infortuni ... 65
10.4 Diaria post ricovero per gravi mali ... 65
10.5 Rimpatrio della salma ... 65
10.6 Assistenza odontoiatrica ... 66

11 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO SALUTEMIA ISCRITTI BASE PIÙ INTEGRATIVI ... 67

PATOLOGIE PREGRESSE ... 67

12 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS ... 69

13 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI ... 70

13.1 Estensione territoriale ... 70
13.2 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) ... 70

14 CONTRIBUTI ANNUI PIANO SANITARIO BASE E INTEGRATIVI ... 71

15 CONTRIBUTI ANNUI PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS ... 73

16 ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (PIANO SANITARIO BASE) ... 74

17 ALLEGATO B - ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI (PIANO SANITARIO BASE) ... 80

18 ALLEGATO C – TARIFFARIO DENTARIE (PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 4 - ODONTOIATRIA) ... 82

19 ALLEGATO D – PUNTEGGIO RELATIVO ALLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (PIANO SANITARIO BASE) 85

20 ALLEGATO E – TARIFFARIO FISIOTERAPIA (PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 2 E 3 – SPECIALISTICA E SPECIALISTICA PLUS!) ... 87

21 ALLEGATO F – ELENCHI PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS ... 88

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI ... 88
GRAVI MALI ... 92

1 BENVENUTO

Il presente documento è un utile supporto per conoscere e accedere alle prestazioni previste dai Piani Sanitari che hai sottoscritto per te e per i propri familiari.

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 dai Piani Sanitari.
I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni**.

2 COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

2.1 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 capo 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 UniSalute 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 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, utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area Riservata, è comodo e veloce!

2.2 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/giornaliera**, 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, UniSalute 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 da UniSalute 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.

2.3 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.

2.4 Documentazione in caso di Morte dell'Assistito

a) Modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte, firmato dall'Assistito o dal beneficiario;
b) Certificato di morte dell'Assistito, con indicazione della data di nascita;
c) Cartella clinica completa e/o certificato di Pronto Soccorso e/o relazione medica completa, indicanti anche la causa del decesso;
d) Certificato medico che attesti il nesso di causalità fra il sinistro ed il decesso;
e) Certificato di ricognizione del defunto o esame autoptico;
f) In caso di morte violenta, copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'Autorità giudiziaria;
g) Certificato di "stato di famiglia storico" che identifica all'origine i componenti del nucleo familiare di appartenenza del defunto;
h) Dichiarazione sostitutiva di Atto di notorietà, o Atto di notorietà per fini successori;
i) L'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;
j) I 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;
k) La copia autentica del Testamento, qualora esistente;
l) La copia autentica dell'Atto di rinuncia (nel caso di eredi rinunciatari);
m) Copia di un documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario;
n) Per ogni erede, Iban e recapiti (mail, cellulare, pec).
o) Qualora non esistano figli, i nominativi di tutti gli eredi del defunto e il loro domicilio;
p) Nel caso di beneficiario minore di età, la copia autentica dell'autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere: atto con cui il Giudice Tutelare autorizza il legale rappresentante del minore a riscuotere il credito oggetto di eredità;
q) Certificato medico dal quale risulti che la vedova non è in stato di gravidanza;
r) ogni altra documentazione ritenuta necessaria ai fini della liquidazione dell'indennizzo.

3 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**.

3.1 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.

3.2 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!**

3.3 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**.

3.4 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**.

3.5 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.

3.6 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.

3.7 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 degli Iscritti rispettando il più assoluto anonimato.

3.8 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. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute

3.8.1 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!

3.8.2 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!

3.8.3 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.

3.8.4 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!

4 PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA E REGOLE DI INGRESSO

La copertura è prestata a favore di coloro che sono iscritti a SaluteMia, in regola con i versamenti della quota di iscrizione e dei contributi per i piani sottoscritti, nel rispetto dello Statuto, del Regolamento, delle delibere Assembleari e del Consiglio di Amministrazione. Per "familiari" dell'Iscritto Ordinario (persona fisica) si intendono i parenti e affini non oltre il primo grado dello stesso (genitori, figli, fratelli e sorelle), il coniuge e il convivente, fratelli e sorelle, anche del coniuge o del convivente (di seguito i "Familiari") e per "Nucleo Familiare" dell'Iscritto Ordinario (persona fisica) si intende il coniuge o il convivente more uxorio o il coniuge o convivente superstite, i figli minorenni, i figli maggiorenni fiscalmente a carico fino al compimento del 26° anno e i figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanente non inferiore a due terzi come risultanti dallo stato di famiglia dell'Iscritto Ordinario (di seguito, il "Nucleo Familiare").

Per convivente more uxorio si intende la persona attualmente convivente che conviva sotto lo stesso tetto da data precedente a quella della domanda di adesione dell'Iscritto Ordinario. Per figli, si intendono solo quelli fiscalmente a carico, ovvero verso i quali esista per il titolare l'obbligo di mantenimento.

La richiesta dell'Iscritto Ordinario di estensione delle prestazioni erogate da UniSalute ai propri Familiari deve essere presentata compilando l'apposita sezione del Modulo di Adesione e indicando, ove richiesto, i dati anagrafici e il grado di parentela con il/i Familiare/i. In tal caso, la condizione di Familiare si valuta al momento della formulazione della sottoscrizione dell'apposito modulo da parte del Familiare, salvo quanto indicato nel successivo articolo 13 del Regolamento di SaluteMia.

I Familiari ai quali sia stata estesa l'erogazione delle prestazioni su richiesta dell'Iscritto Ordinario, non sono tenuti al versamento dei contributi di adesione e di rinnovo, che saranno versati dall'Iscritto nelle modalità e forme stabilite da SaluteMia.

I Familiari che hanno fatto richiesta di iscrizione nel libro soci di SaluteMia in qualità di Soci Ordinari sono tenuti al versamento dei contributi di adesione e di rinnovo e dei contributi aggiuntivi previsti per le prestazioni sottoscritte e/o l'accesso a specifici sussidi sanitari, nelle modalità e forme stabilite dal consiglio di amministrazione di SaluteMia (di seguito il "Consiglio di Amministrazione").

■ i figli in affidamento all'ex coniuge/convivente more uxorio che ne facciano richiesta; per tali soggetti, in ogni caso, non vige l'obbligo di iscrizione nel caso di adesione del nucleo familiare.

■ le persone legate dall'istituto delle unioni civili o convivenza di fatto ex Legge 76/2016;

■ i figli od equiparati (figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati ed affidati, nati da precedente matrimonio del coniuge o contraente di unione civile ex Legge 76/2016) fino al compimento del ventiseiesimo anno; anche se non appartenenti al nucleo familiare anagrafico dell'Iscritto a causa di separazione o divorzio.

Nel caso di socio con nucleo familiare non è obbligatoria l'adesione di tutti i componenti dello stesso ma può essere inserito in copertura anche solo il coniuge/convivente.

4.1 Norme per l'ingresso in copertura

L'efficacia delle prestazioni e delle eventuali carenze sono così disciplinate:

a) per **tutti le persone già Iscritte nel 2025 a SaluteMia**, che sottoscrivono i Piani Sanitari entro il 31/03 dell'anno di riferimento, purché l'adesione al/i Piano/i sia stata perfezionata tramite invio dell'apposito Modulo adesione e pagamento del relativo contributo annuo, le prestazioni e le assistenze saranno operative (salvo quanto indicato ai capitoli che riportano i "Casi di non operatività del Piano") per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre dell'anno;

b) per i **tutti nuovi iscritti** che sottoscrivono i Piani Sanitari entro il 31/03 dell'anno di riferimento, purché l'adesione al/i Piano/i sia stata perfezionata tramite invio dell'apposito Modulo adesione e pagamento del relativo contributo annuo, le prestazioni e le assistenze saranno operative (salvo quanto indicato ai capitoli che riportano i "Casi di non operatività del Piano") dalle ore 24 della data del giorno di valuta per il beneficiario (SaluteMia) del bonifico o MAV stesso e fino al 31 dicembre dell'anno;

Specificatamente per i nuovi iscritti che provengono da altra Mutua Sanitaria/Cassa di assistenza sanitaria/Fondo Sanitario Integrativo si precisa che la garanzia per l'iscritto e relativi eventuali familiari inseriti decorrerà dalla data di valuta per il beneficiario del bonifico e verrà garantita la continuità assicurativa con la precedente copertura, sempreché l'iscrizione a SaluteMia sia perfezionata entro e non oltre la scadenza della precedente copertura. In tal caso se l'iscrizione avviene entro il 31/03 dell'annualità di riferimento sarà operativo quanto segue:

Patologie Pregresse: Per i soli assicurati già precedentemente iscritti o per i nuovi iscritti provenienti da Casse/Mutue (come di seguito indicato all'art.8), e sottoscrittori di uno o più Piani sanitari offerti dalla stessa che, senza soluzione di continuità rispetto all'annualità di riferimento, rinnovano l'adesione entro il 31/03, l'assicurazione è operante per:

- le spese relative a ricoveri/interventi/prestazioni che siano conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di iscrizione alla Contraente da parte di ciascun Assicurato coperto dalla presente polizza;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni diagnosticato e/o conosciuti precedentemente alla data di iscrizione alla Contraente parte di ciascun Assicurato coperto dalla presente polizza.
- Qualora con riferimento a tale condizione insorga una controversia in ordine alla operatività della copertura, il caso verrà sottoposto alla Commissione Paritetica di cui all'Art. 34 del presente Normativo.

c) per **tutti gli Iscritti** che sottoscrivono i Piani Sanitari successivamente al 31/03 e fino al 30/06 dell'anno di riferimento, purché l'adesione al/i Piano/i sia stata perfezionata tramite invio dell'apposito Modulo adesione e pagamento del relativo contributo annuo, le prestazioni e le assistenze saranno operative (salvo quanto indicato ai capitoli che riportano i "Casi di non operatività del Piano") dal 1 del mese successivo a quello di pagamento del contributo, e fino al 31 dicembre dell'anno e le prestazioni ed assistenze saranno soggette alle seguenti carenze: per chi si iscrive a SaluteMia nel primo semestre della seconda annualità del biennio di riferimento vige una carenza di **90** giorni per tutte le prestazioni (nessuna esclusa) relative agli eventi gravidanza e maternità;

d) per tutti gli Iscritti che sottoscrivono i Piani Sanitari **successivamente al 30/06** dell'anno di riferimento, purché l'adesione al/i Piano/i sia stata perfezionata tramite invio dell'apposito Modulo adesione e pagamento del relativo contributo pari al 60% di quello annuo (arrotondato all'unità superiore di euro), le prestazioni e le assistenze saranno operative (salvo quanto indicato all'art. "Casi di non operatività del Piano sanitario") per il periodo che decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello di pagamento del contributo, fino al 31 dicembre dell'annualità in corso e le prestazioni ed assistenze saranno soggette alle seguenti **carenze**:

- **270** giorni per il parto;
- **180** giorni per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo la data di effetto del/i Piano/i sottoscritto/i;
- **180** giorni per le Protesi ed Ortesi ortopediche riferite ad infortuni e malattie che ne rendano necessario l'utilizzo, avvenuti e diagnosticate prima della data di effetto del/i Piano/i sottoscritto/i.
- **90** giorni per le prestazioni di Alta Diagnostica, visite specialistiche ed analisi, salvo quelle previste nei protocolli di prevenzione.
- **180** giorni dalla decorrenza del piano Optima Salus per le prestazioni in Area Ricovero con/senza intervento chirurgico.

Per tutti gli iscritti che attivano in aggiunta per la prima volta il Piano Sanitario Optima Salus vigono, in ogni caso, le seguenti carenze:
180 giorni dalla decorrenza del piano Optima Salus per le prestazioni in Area Ricovero con/senza intervento chirurgico.
Inoltre le prestazioni decorrono a partire dal **300° (trecentesimo) giorno** successivo a quello di decorrenza per:

- gravidanza;
- parto;
- aborto spontaneo e post traumatico;
- rimborsi previsti per il trattamento dell'infertilità (inseminazione artificiale, fecondazione in vitro e simili);
- amniocentesi;
- tutte le prestazioni sanitarie sul nascituro fino al momento della nascita, per manifestate malattie e, o lesioni dello stesso;
- le spese legate alla correzione della miopia grave, oltre 6 diottrie, con il sottolimite onnicomprensivo di laserterapia e tutti gli esami collegati pre e post intervento, di € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare;

I rimborsi in caso di parto cesareo sono prestati trascorsi due anni dalla data di ingresso nel presente Piano Sanitario.

AVVERTENZA BIENNIO 2026/2027

1) All'Iscritto che nell'annualità 2025 non ha rinnovato i piani sottoscritti nel 2024, nonostante l'obbligo sottoscritto a rinnovare per due annualità, si applicano:

- o le carenze di cui al punto "Norme per l'ingresso in copertura",
- o tutte le esclusioni previste ai punti "11 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO

SALUTEMIA ISCRITTI BASE PIÙ INTEGRATIVI" e "12 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS" delle CONDIZIONI GENERALI.

2) Per tutti gli Iscritti a SaluteMia già nel biennio precedente e che nel biennio 2026-2027 fossero interessati ad attivare il Piano Optima Salus per la prima volta hanno l'obbligo di rinnovare contestualmente almeno il Piano Base.

PIANO SANITARIO BASE E PIANI INTEGRATIVI

Le prestazioni dei Piani sono operanti in caso di malattia e di infortunio.

Il Piano Sanitario Base può essere integrato, a scelta dell'Iscritto, con 4 diversi Piani sanitari Integrativi, più avanti descritti: Integrativo 1 – Ricoveri, Integrativo 2 – Specialistica, Integrativo 3 - Specialistica Plus!, Integrativo 4 – Odontoiatria.

Per poter sottoscrivere uno o più Piani Integrativi è obbligatorio sottoscrivere il Piano BASE sia per il Socio capo nucleo sia per tutti i componenti del nucleo familiare a favore dei quali si intende sottoscrivere uno o più Piani Integrativi

I Piani integrativi sono a scelta per ogni componente, pertanto, è possibile inserire uno o tutti i Piani Integrativi per ogni familiare, in piena libertà

N.B.: L'ISCRITTO NELL'ANNO 2026 HA L'OBBLIGO DI RINNOVARE I PIANI SANITARI SOTTOSCRITTI ANCHE PER L'ANNO 2027.

PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS

Le prestazioni del Piano sono operanti in caso di malattia e di infortunio.

Il Piano in oggetto può essere acquistato, a scelta dell'Iscritto, *in aggiunta* ai Piani sanitari precedentemente indicati (Base e integrativi) *o da solo*.

Per gli Iscritti di prima adesione a SaluteMia nel 2026 il piano OPTIMA SALUS può essere scelto anche senza sottoscrivere il Piano BASE

I soci di SaluteMia già iscritti nelle precedenti annualità e interessati ad attivare il Piano Optima Salus per la prima volta nel 2026 hanno l'obbligo di sottoscrivere, in ogni caso, anche al Piano Base

N.B.: L'ISCRITTO NELL'ANNO 2026 HA L'OBBLIGO DI RINNOVARE I PIANI SANITARI SOTTOSCRITTI ANCHE PER L'ANNO 2027.

PIANO SANITARIO BASE

5 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO BASE

Il presente Piano Base che può anche essere integrato, a scelta dell'Iscritto, con 4 diversi Piani Integrativi, di seguito indicati nell'elenco sottostante:

- **Prestazioni ospedaliere**
- ricovero con intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, compreso il parto cesareo: **solo "Grandi interventi chirurgici" come elencati al successivo allegato A - "Elenco grandi interventi chirurgici"**
- ricovero in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, senza intervento chirurgico, compreso il parto naturale, aborto terapeutico e spontaneo: **solo "Gravi eventi morbosi" come elencati al successivo allegato B - "Elenco gravi eventi morbosi"**

- **Prestazioni extraospedaliere**
- alta diagnostica Base
- assistenza maternità Base
- assistenza maternità estensione Base
- rimborso latte artificiale
- servizio mother care

- **Prestazioni dentarie**
- Implantologia e relative corone

- **Rimborso costo tampone per screening per infezione da Sars- Cov2**

- **Prevenzione**
- cardiovascolare
- oncologica Base
- sindrome metabolica
- odontoiatrica
- oculistica
- pediatrica (nel Piano Base nucleo familiare)
- prevenzione obesità infantile

- **Non autosufficienza ed assistenza**
- prestazioni long term care
- prestazioni assistenza

- **Tariffe agevolate in caso di intervento chirurgico ambulatoriale e prestazioni diagnostiche in**

elenco

- **Servizi aggiuntivi**
- Video consulto per visite **specialistiche**
- Servizio Monitor Salute

La disponibilità annua per l'insieme delle prestazioni di cui al Piano Sanitario Base è di € 600.000,00 per persona, elevato a € 700.000,00 in caso di coma farmacologico.

5.1 Ricovero con intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, compreso il parto cesareo: solo "Grandi interventi chirurgici" come elencati al successivo allegato A - "Elenco grandi interventi chirurgici"

Il sottolimite annuo per l'insieme delle prestazioni di cui al presente punto "Ricovero con intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, compreso il parto cesareo: solo "Grandi interventi chirurgici" come elencati al successivo allegato A - "Elenco grandi interventi chirurgici", è di € 700.000,00 per persona.
Con esclusivo riferimento al parto cesareo è prevista l'applicazione di un sottolimite annuo pari a € 27.500,00 per persona.
Tale sottolimite è aumentato a € 30.000,00 in caso di parto gemellare o parto plurimo.
(L'amniocentesi è compresa in qualsiasi regime di assistenza)

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 un grande intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **280** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Intervento Chirurgico	Onorari dei componenti dell'équipe medico-chirurgica che effettua l'intervento, risultanti dalla cartella clinica, escluso qualsiasi soggetto che non partecipi attivamente all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (comprese le endoprotesi). La tipologia di intervento deve risultare in modo inequivocabile dalla cartella clinica.
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 nell'Istituto di cura per un accompagnatore dell'Iscritto. Nel caso di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Iscritto in struttura alberghiera, la copertura è prestata se l'Iscritto ha residenza in un Comune diverso da quello dell'istituto di cura dove è ricoverato e con il limite giornaliero di **€ 105,00** per un di massimo di **30** giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 120,00** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni per degenza per persona.
Post-ricovero	La copertura comprende esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali effettuati nei **90** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La richiesta delle prestazioni di cui alla presente copertura per le prestazioni mediche e chirurgiche i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali deve essere certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura. Sono compresi i medicinali (se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura), per i quali la copertura sarà erogata esclusivamente in regime rimborsuale e le prestazioni infermieristiche nei limiti di **€ 120,00** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni per Iscritto per anno assicurativo.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con applicazione di uno scoperto del **10% e un minimo non indennizzabile di € 1.000,00** per ogni evento ricovero, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

➢ In caso di utilizzo delle strutture convenzionate appartenenti ai gruppi di seguito elencati, è prevista l'applicazione dello scoperto di cui sopra, pari al **10%**, e di una franchigia per evento, a carico dell'Iscritto, con le seguenti modalità:
  - per assistito fino ai 40 anni: scoperto del **10%** e minimo non indennizzabile di **€ 2.500,00** per ogni evento;
  - per assistito oltre i 41 anni: scoperto del **10%** e minimo non indennizzabile di **€ 4.000,00** per ogni evento

Gruppi di Strutture convenzionate che prevedono l'applicazione della franchigia sopra descritta:

- GRUPPO EUROSANITA' - RM
- GRUPPO GEMELLI - ASSOCIATION COLUMBUS- RM
- GRUPPO HUMANITAS-GAVAZZENI
- GRUPPO IEO/MONZINO
- GRUPPO HEALTH CARE ITALIA S.P.A. - RM
- GRUPPO MADONNA DELLA FIDUCIA
- GRUPPO SAN DONATO
- CASA DI CURA PIO XI
- CLINICA SANATRIX - ASSA SPA
- VILLA MONTALLEGRO S.P.A.
- ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA-IRCCS
- VILLA CHIARA S.P.A.

□ MATER OLBIA HOSPITAL

AVVERTENZA
La Rete è in continua evoluzione, l'assistito deve sempre verificare la presenza della struttura e del medico nell'Elenco della rete convenzionata facendo un passaggio preventivo con la Centrale Operativa chiamando il Numero Verde 800.822.444 negli orari: **08.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì.**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura del **70%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.600,00** per evento, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.
Qualora l'Iscritto non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto ad un'indennità giornaliera di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo massimo di **100** giorni. 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 giornaliera, si provvede a corrispondere gli importi suindicati **per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionata ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate.

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

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, avrà diritto a un'indennità di **€ 115,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100** giorni per ricovero. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati **per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto** di cura. In alternativa, è previsto il rimborso integrale (senza applicazione di scoperti o minimi non indennizzabili) delle eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Iscritto.

- **In caso di spese di "Pre-ricovero"**

– Se le prestazioni verranno fatturate insieme a quelle del ricovero, le spese sostenute verranno liquidate direttamente alla struttura convenzionata con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** a carico dell'iscritto.

– Se le prestazioni verranno fatturate a parte e in data anteriore rispetto a quelle del ricovero, l'iscritto potrà rivolgersi alla Centrale operativa della Compagnia al fine di ottenere eventuale applicazione di tariffe agevolate concordate con la relativa struttura convenzionata e successivamente potrà chiedere il rimborso con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** previsto "In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia".

Tali spese si considerano direttamente collegate al ricovero e, nel caso in cui rientrino nel limite massimo di giorni previsti per il pre-ricovero, il minimo non indennizzabile e lo scoperto potranno essere assorbiti dall'evento principale (il ricovero stesso), consentendo così il rimborso delle

prestazioni accessorie. Resta condizione necessaria che il ricovero venga effettuato presso struttura convenzionata e con personale convenzionato con la Compagnia.

Nei casi diversi dai due punti precedenti, il rimborso avverrà come previsto ai successivi punti "In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Compagnia" o "In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale", con l'applicazione dei limiti di spesa in essi previsti.

- **In caso di spese per "Post-ricovero":**

– Se le prestazioni verranno fatturate insieme a quelle del ricovero, le spese sostenute verranno liquidate direttamente alla struttura convenzionata con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** a carico dell'iscritto.

– Se le prestazioni verranno fatturate a parte, l'iscritto potrà rivolgersi alla Centrale operativa della Compagnia al fine di ottenere eventuale applicazione di tariffe agevolate concordate con la relativa struttura convenzionata ove è avvenuto il ricovero e successivamente potrà chiedere il rimborso con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** previsto "In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia".

Tali spese si considerano direttamente collegate al ricovero e, nel caso in cui rientrino nel limite massimo di giorni previsti per il post-ricovero, il minimo non indennizzabile e lo scoperto potranno essere assorbiti dall'evento principale (il ricovero stesso), consentendo così il rimborso delle prestazioni accessorie. Resta condizione necessaria che il ricovero venga effettuato presso struttura convenzionata e con personale convenzionato con la Compagnia.

Nei casi diversi dai due punti precedenti, il rimborso avverrà come previsto ai precedenti punti "In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate" con la riduzione dello scoperto al **16%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.600,00** per evento, o "In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale".

N.B.: si specifica che, per quanto riguarda il grande intervento chirurgico denominato "intervento di sostituzione della valvola aortica attraverso l'arteria femorale o succlavia (TAVI), presente nel successivo allegato A - "Elenco grandi interventi chirurgici", è stabilito un sottolimite di **€ 35.000,00** previsto sia in caso di utilizzo di strutture convenzionate, che di strutture non convenzionate, che del Servizio Sanitario Nazionale

5.1.1 Trasporto sanitario

La presente copertura comprende il rimborso delle spese per il trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura con nel sottolimite massimo di **€ 6.000,00** per annualità assicurativa e per persona.

5.1.2 Rimpatrio della salma

La presente copertura comprende il rimborso delle spese per il rimpatrio della salma dell'Iscritto in caso di decesso all'estero durante un ricovero, nel sottolimite massimo di **€ 5.000,00** per annualità assicurativa e per persona.

5.1.3 Ospedalizzazione domiciliare

La presente copertura, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano Sanitario e avvenuto successivamente alla data di effetto del Piano stesso, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

- **La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse. Verrà concordato il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 5.000,00 per persona.

5.1.4 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano Sanitario indennizza le spese previste al punto "Ricovero con intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, compreso il parto cesareo: solo "Grandi interventi chirurgici" come elencati al successivo capitolo "Elenco grandi interventi chirurgici" 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 copertura prevede 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.

5.1.5 Neonati

La presente copertura comprende il rimborso delle spese per i grandi interventi chirurgici effettuati nei primi due anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, sono comprese in copertura:

- le visite e gli accertamenti diagnostici effettuate nei **90** giorni pre e **90** giorni post intervento;
- la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero (con il limite giornaliero di **€ 70,00** per un periodo massimo di **90** giorni).

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 26.500,00 per neonato elevato a € 46.500,00 in caso di parto gemellare o plurimo.

5.1.6 Cure dentarie da infortunio

La presente copertura comprende le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e

ortodontiche, **a seguito di infortunio**, con le modalità sotto indicate.
La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80**% con il minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della documentazione sopra indicata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della documentazione sopra indicata.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 2.580,00 per persona.

5.2 Ricovero in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, senza intervento chirurgico, compreso il parto naturale, aborto terapeutico e spontaneo: solo "Gravi eventi morbosi" come elencati al successivo allegato B - "Elenco gravi eventi morbosi"

Il sottolimite annuo per l'insieme delle prestazioni di cui al presente punto "Ricovero in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, senza intervento chirurgico, compreso il parto naturale, aborto terapeutico e spontaneo: solo "Gravi eventi morbosi" come elencati al successivo allegato B - "Elenco gravi eventi morbosi", è di € 350.000,00 per persona.
Con esclusivo riferimento al parto naturale, aborto terapeutico e aborto spontaneo è prevista l'applicazione di un sottolimite annuo pari a € 10.000,00 per Iscritto.
(L'amniocentesi è compresa in qualsiasi regime di assistenza)

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 un grave evento morboso, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **90** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
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 nell'Istituto di cura per un accompagnatore dell'Iscritto. Nel caso di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Iscritto in struttura alberghiera, la copertura è prestata se l'Iscritto ha residenza in un Comune diverso da quello dell'istituto di cura dove è ricoverato e con il limite giornaliero di **€ 105,00** per un di massimo di **15** giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite è di **€ 130,00** al giorno per un periodo massimo di **15** giorni per degenza per persona.
Post-ricovero	La copertura comprende esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali effettuati nei **135** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La richiesta delle prestazioni di cui alla presente copertura per le prestazioni mediche e chirurgiche i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali deve essere certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura. Sono compresi inoltre i medicinali (se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura), per i quali la copertura sarà erogata esclusivamente in regime rimborsuale e le prestazioni infermieristiche.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con applicazione di uno scoperto del **10% e minimo non indennizzabile di € 1.000,00** per ogni evento ricovero, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

➢ In caso di utilizzo delle strutture convenzionate appartenenti ai gruppi di seguito elencati, è prevista l'applicazione dello scoperto di cui sopra, pari al **10%**, e di una franchigia per evento, a carico dell'Iscritto, con le seguenti modalità:

- per assistito fino ai 40 anni: scoperto del **10%** e minimo non indennizzabile di **€ 2.500,00** per ogni evento;
- per assistito oltre i 41 anni: scoperto del **10%** e minimo non indennizzabile di **€ 4.000,00** per ogni evento

Gruppi di Strutture convenzionate che prevedono l'applicazione della franchigia sopra descritta:

- □ GRUPPO EUROSANITA' - RM
- □ GRUPPO GEMELLI - ASSOCIATION COLUMBUS- RM

- GRUPPO HUMANITAS-GAVAZZENI
- GRUPPO IEO/MONZINO
- GRUPPO HEALTH CARE ITALIA S.P.A. - RM
- GRUPPO MADONNA DELLA FIDUCIA
- GRUPPO SAN DONATO
- CASA DI CURA PIO XI
- CLINICA SANATRIX - ASSA SPA
- VILLA MONTALLEGRO S.P.A.
- ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA-IRCCS
- VILLA CHIARA S.P.A.
- MATER OLBIA HOSPITAL

AVVERTENZA
La Rete è in continua evoluzione, l'assistito deve sempre verificare la presenza della struttura e del medico nell'Elenco della rete convenzionata facendo un passaggio preventivo con la Centrale Operativa chiamando il Numero Verde 800.822.444 negli orari: **08.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì.**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura del **70**% con il minimo non indennizzabile di **€ 1.600,00**, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.
Qualora l'Iscritto non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto ad un'indennità giornaliera di **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo massimo di **100** giorni. 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 giornaliera, si provvede a corrispondere gli importi suindicati **per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.**

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

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate.

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

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, avrà diritto a un'indennità di **€ 115,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100** giorni per ricovero. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati **per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto** di cura. In alternativa è previsto il rimborso integrale (senza applicazione di scoperti o minimi non indennizzabili) delle eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Iscritto.

- **In caso di spese di "Pre-ricovero"**

– se le prestazioni verranno fatturate insieme a quelle del ricovero, la Compagnia liquiderà direttamente alla struttura convenzionata con applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** a carico dell'iscritto.

– se le prestazioni verranno fatturate a parte e in data anteriore rispetto a quelle del ricovero,

l'iscritto potrà rivolgersi alla Centrale operativa della Compagnia al fine di ottenere eventuale applicazione di tariffe agevolate concordate con la relativa struttura convenzionata e successivamente potrà chiedere il rimborso con applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** previsto "In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia".

Tali spese si considerano direttamente collegate al ricovero e, nel caso in cui rientrino nel limite massimo di giorni previsti per il pre-ricovero, il minimo non indennizzabile e lo scoperto potranno essere assorbiti dall'evento principale (il ricovero stesso), consentendo così il rimborso delle prestazioni accessorie. Resta condizione necessaria che il ricovero venga effettuato presso struttura convenzionata e con personale convenzionato con la Compagnia.

Nei casi diversi dai due punti precedenti, il rimborso avverrà come previsto ai successivi punti "In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate" o "In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale", con l'applicazione dei limiti di spesa in essi previsti.

- **In caso di spese per "Post-ricovero":**

– se le prestazioni verranno fatturate insieme a quelle del ricovero, la Compagnia liquiderà direttamente alla struttura convenzionata con applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** a carico dell'iscritto.

– se le prestazioni verranno fatturate a parte, l'iscritto potrà rivolgersi alla Centrale operativa della Compagnia al fine di ottenere eventuale applicazione di tariffe agevolate concordate con la relativa struttura convenzionata ove è avvenuto il ricovero e successivamente potrà chiedere il rimborso con applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** previsto "In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia".

Tali spese si considerano direttamente collegate al ricovero e, nel caso in cui rientrino nel limite massimo di giorni previsti per il post-ricovero, il minimo non indennizzabile e lo scoperto potranno essere assorbiti dall'evento principale (il ricovero stesso), consentendo così il rimborso delle prestazioni accessorie. Resta condizione necessaria che il ricovero venga effettuato presso struttura convenzionata e con personale convenzionato con la Compagnia.

Nei casi diversi dai due punti precedenti, il rimborso avverrà come previsto ai successivi punti "In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Compagnia" o "In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale", con l'applicazione dei limiti di spesa in essi previsti.

5.2.1 Trasporto sanitario

La presente copertura comprende il rimborso delle spese per il trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura con nel sottolimite massimo di **€ 6.000,00** per annualità assicurativa e per persona.

5.2.2 Rimpatrio della salma

La presente copertura comprende il rimborso delle spese per il rimpatrio della salma dell'Iscritto in caso di decesso all'estero durante un ricovero, nel sottolimite massimo di **€ 5.000,00** per annualità

assicurativa e per persona.

5.3 Alta diagnostica

Rientrano nella presente copertura le prestazioni di seguito elencate:

Accertamenti

- Angiografia
- Artrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans Kehr
- Fistolografia
- Fluorangiografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- 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
- Elettroencefalografia
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- TAC
- Agio TAC-Angio RMN
- PET/TC eseguite contestualmente
- Campimetria visiva
- Coronarografia

Terapie

- Dialisi
- Radioterapia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 40,00** a carico dell'Iscritto per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare

alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 75,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 30.000,00 per persona.

5.4 Assistenza maternità

5.4.1 Assistenza maternità base

La copertura prevede le seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- n° 3 ecografie, compresa la morfologica;
- analisi clinico chimiche da protocollo;
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche;
- n. 1 visita post parto.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 15,00** a carico dell'Iscritto.

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

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 4.000,00 per persona.

5.4.2 Assistenza maternità estensione

N.B: L'estensione alla presente copertura non è prevista per persone di età pari o inferiore a 34 anni.

La copertura prevede le seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- amniocentesi;
- villocentesi.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse nella misura dell'**80%**, con applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 15,00** che l'Iscritta dovrà versare alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione.

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

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di:
- € 1.000,00 per persona di età pari o superiore a 37 anni;
- € 600,00 per persona di età compresa tra 35 e 37 anni.

5.4.3 Latte artificiale

La presente copertura è operante per le spese sostenute per l'acquisto di latte artificiale, per bambino durante l'operatività del Piano Sanitario, nei casi di:

- parto pretermine prematuro;
- agalattia;
- ipogalattia;
- intolleranza o allergia del neonato accertata e certificata dal pediatra.

Il latte artificiale acquistato deve:

- rispettare quanto disposto dal D.M n. 500 del 1994 e successive modifiche;
- riportare l'indicazione "tipo 1" o diciture simili che indichino inequivocabilmente il latte artificiale destinato all'alimentazione del lattante nei primi 9 mesi di vita.

Le ricevute di acquisto, gli scontrini, le fatture devono presentare, ai fini della rimborsabilità:
a) il codice fiscale dell'Iscritto beneficiario;
b) essere presentati in un'unica spedizione;
c) riportare come data di acquisto quella dal terzo giorno dopo il parto e fino al compimento del 9° mese di vita.
d) essere emessi da farmacie/parafarmacie.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 1.000,00 inteso come rimborso una tantum ed in unica soluzione

5.4.4 Servizio Mother care

La prestazione prevede che, nel caso in cui la gravidanza abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto del Piano sanitario o all'ingresso in copertura dell'Iscritta aderente, provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate esclusivamente attraverso la rete convenzionata Unisalute indicata dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- Consulente allattamento;
- Nutrizionista per il bambino;
- Nutrizionista per la mamma;
- Ostetrica;
- Psicologo.

L'Iscritta potrà usufruire delle suddette prestazioni presso il domicilio, laddove il servizio sia disponibile e attivabile, oppure in modalità remota, tramite teleconsulto o video consulto. La copertura opera sino a un massimo di 3 prestazioni per ciascuna gravidanza e potrà essere usufruita sino a 12 mesi dalla nascita del bambino.

5.5 Prestazioni dentarie

La copertura prevede prestazioni dentarie di implantologia e relative corone.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nei limiti di spesa sotto indicati. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi la scheda anamnestica odontoiatrica compilata dal dentista.

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

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 3.000,00 per persona. Viene previsto inoltre un sottolimite annuo di € 750,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottolimite pari a € 350,00 nel caso di applicazione di un impianto.

5.6 Prevenzione

Rientrano nella presente copertura le prestazioni di seguito elencate:

Prevenzione cardiovascolare (protocollo progetto cuore) operante per gli uomini e le donne una volta ogni due anni:

– azotemia	– emocromo
– creatinemia	– glicemia
– colesterolo totale	– transaminasi
– colesterolo hdl	– trigliceridi
– ECG di base	– visita cardiologica

Prevenzione oncologica operante per gli uomini > di 45 anni e per le donne > di 35 anni, per entrambi una volta all'anno:

- per la prevenzione del tumore alla mammella: mammografia
- per la prevenzione del tumore al collo dell'utero: Pap Test
- per la prevenzione del tumore alla prostata: PSA
- per la prevenzione del tumore al colon-retto (sia per gli uomini che per le donne): ricerca del sangue occulto nelle feci

Prevenzione della sindrome metabolica operante per gli uomini e le donne una volta all'anno:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Prevenzione oculistica operante per gli uomini e le donne una volta ogni due anni:

- Visita Oculistica

Prevenzione pediatrica operante solo per il nucleo familiare:

- **tra i 6 e i 12 mesi**, una volta all'anno per nucleo familiare, una ecografia alle anche
- **fino ai 4 anni,** due volte all'anno per nucleo familiare, una visita pediatrica di controllo
- **dai 4 agli 8 anni**, una volta all'anno per nucleo familiare, una visita auxologia.

Prevenzione odontoiatrica operante per gli uomini e le donne una volta all'anno:

- visita specialistica odontoiatrica e ablazione tartaro

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture non convenzionate.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato (modalità operante con esclusione della prevenzione odontoiatrica)**

Le spese per 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 o personale non convenzionato (modalità operante per la sola prevenzione odontoiatrica)**

La copertura prevede l'erogazione dell'indennità nei limiti degli importi previsti all'**allegato C – Tariffario dentarie**.

5.7 Tampone per screening per infezione da Sars- Cov2

La prestazione copertura prevede il rimborso delle spese sostenute per il tampone per screening per infezione da Sars-Cov2 (sia esso rapido o molecolare):
Rimborso del tampone 1 volta all'anno PER NUCLEO sempre nel limite di € 18,00.

5.8 Prevenzione obesità infantile

La garanzia è erogata favore dei figli del titolare, di età compresa tra i 4 e 18 anni, già inseriti nel Piano sanitario. Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà compilare un questionario dati volto ad individuare eventuali stati di rischio di obesità nei figli da 4 a 18 anni, raggiungibile dal sito su www.unisalute.it. UniSalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà al genitore iscritto tramite email l'esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica, sull'area riservata del sito internet accessibile tramite username e password. Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su

comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, rivolti all'Iscritto per i propri figli, anche in collaborazione con un medico UniSalute. Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che il figlio si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, UniSalute provvederà all'organizzazione e al pagamento di una visita specialistica dal pediatra/dietologo da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, UniSalute provvederà a contattare il genitore iscritto via email una volta al mese per un periodo di tre mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio. La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito Unisalute.

5.9 Non autosufficienza ed assistenza

Il sottolimite annuo per la presente copertura, per un massimo di tre anni, è pari a:
- € 17.000,00 in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato;
- € 9.000,00 in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate;
In assenza di spese documentate nell'anno è prevista un'indennità pari a € 7.500,00 (erogata alla fine del primo trimestre dell'anno successivo a quello di competenza del sinistro)
I limiti di cui sopra non sono cumulabili tra loro ma alternativi.

5.9.1 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene definita persona "non autosufficiente" quella incapace in modo permanente di svolgere in tutto o in parte le seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana:

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

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi in condizioni di non autosufficienza raggiunge almeno 40 punti. Per la definizione del punteggio si veda l'**allegato D "Punteggio relativo allo stato di non autosufficienza".**

La copertura consente l'erogazione all'Iscritto di prestazioni inerenti la non autosufficienza in caso di utilizzo di strutture **sanitarie e di personale convenzionato** e in regime rimborsuale, secondo i

limiti di spesa indicati.

5.9.2 Elenco prestazioni di assistenza

In aggiunta alle prestazioni erogate di cui al punto precedente, sono fornite all'Iscritto le seguenti prestazioni assistenziali:

- informazioni ed orientamento medico telefonico
- consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione
- consulenza telefonica medico specialista
- servizio di guardia medica permanente
- gestione appuntamento
- consegna esiti a domicilio
- invio medicinali a domicilio
- sistema di messaggistica via email e sms memo salute
- diagnosi comparativa tramite Centrale Operativa
- area riservata via web per prenotazioni e consultazioni
- applicazione su smart-phone e tablet.

5.9.3 Esclusioni dalla presente copertura

È esclusa dalla copertura la non autosufficienza dovuta a:

- attività dolosa dell'Iscritto;
- partecipazione dell'Iscritto a delitti dolosi;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Iscritto non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; la copertura si intende comunque esclusa in caso di uso di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti;
- partecipazione attiva dell'Iscritto ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Iscritto non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Iscritto si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Iscritto implica l'esclusione dalla copertura;
- incidente di volo, se l'Iscritto viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato 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;
- atti di terrorismo o di guerra per cause nucleari e/o batteriologiche e/o chimiche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi

x, ecc.).

Nella valutazione dello stato di non autosufficienza verrà esclusa l'eventuale perdita di autosufficienza dell'Iscritto negli atti elementari della vita quotidiana in modo permanente nei casi in cui siffatta incapacità sia conseguenza diretta di malattie organiche o lesioni fisiche già riconosciute o in essere prima dell'ingresso in copertura o di patologie a queste correlate.

5.10 Stati di non autosufficienza consolidata/permanente a seguito di infortunio professionale

5.10.1 Oggetto della copertura

UniSalute, nell'ambito del limite di spesa annuo di cui al successivo paragrafo "Limite di spesa annuo", garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali a domicilio, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Iscritto a seguito di infortunio accorso durante lo svolgimento della propria attività lavorativa.

5.10.2 Condizioni di associabilità

All'effetto del presente Piano sanitario, ai fini dell'operatività della copertura, l'Iscritto deve rientrare nelle seguenti condizioni di associabilità:

1. Non avere limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:

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

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

3. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

5.10.3 Limite di spesa annuo

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo paragrafo "Definizione dello stato di non autosufficienza", il limite di spesa garantito per il complesso delle coperture sotto indicate, corrisponde a **€ 5.000,00** al mese, con il massimo di **€ 50.000,00** per anno ed evento.

5.10.4 Termine per l'indennizzo

Verrà riconosciuto l'indennizzo se l'Iscritto si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia

scritta dello stato di non autosufficienza.

5.10.5 Definizione dello stato di non autosufficienza

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 DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA		PUNTEGGIO
LAVARSI		
1° grado	L'Iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo	0
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		
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		
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		

1° grado	L'Iscritto è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	0
2° grado	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	5
3° grado	L'Iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	10
CONTINENZA		
1° grado	L'Iscritto è completamente continente	0
2° grado	L'Iscritto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3° grado	L'Iscritto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10
NUTRIRSI		
1° grado	L'Iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2° grado	L'Iscritto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola	5
3° grado	L'Iscritto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

5.10.6 Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite a domicilio da strutture convenzionate

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi del precedente paragrafo "Definizione dello stato di non autosufficienza", dovrà contattare UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), e fornire le informazioni richiese per poter fruire, nell'ambito dell'importo previsto al precedente paragrafo "Limite di spesa annuo" e previa valutazione di SaluteMia, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.
UniSalute intervistando telefonicamente l'Iscritto, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora UniSalute valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite 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. UniSalute provvede inoltre ad inviare all'Iscritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.
A seguito del contatto l'Iscritto, o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, dovrà produrre idonea documentazione medica. Sulla base delle informazioni acquisite e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, UniSalute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza.

1) Nel caso in cui UniSalute riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato a seguito di infortunio accorso durante lo svolgimento della propria attività lavorativa, all'Iscritto verrà fornito un

numero verde specifico attivo 24 ore su 24; verrà eseguita una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari.

Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, UniSalute, nell'ambito dell'importo di cui all'art. "Limite di spesa annuo", provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate al domicilio dell'Iscritto.

All'Iscritto verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate.
Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Trasporto in Ambulanza;

UniSalute procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, erogate esclusivamente da Strutture Convenzionate, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta.

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

2) Nel caso in cui UniSalute riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, 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 dai familiari.
Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
UniSalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate, utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).
UniSalute si riserva la facoltà di sottoporre l'Iscritto ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.
Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Iscritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, saranno rimborsate le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di UniSalute, nell'ambito dell'importo indicato all'art. "Limite di spesa annuo".
Qualora invece le condizioni dell'Iscritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza,

tali prestazioni rimarranno a carico dell'Iscritto stesso.

3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Iscritto.
Laddove il punteggio assegnato da UniSalute al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre UniSalute eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari.
Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti SaluteMia con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

5.10.7 Accoglimento della denuncia del sinistro

Nel caso di malattia che abbia comportato o sembri comportare una non autosufficienza indennizzabile ai sensi delle condizioni previste dal presente Piano sanitario, UniSalute si obbliga ad accogliere la denuncia del sinistro entro 90 giorni dalla data in cui si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza.
La denuncia del sinistro dovrà essere accompagnata da adeguata documentazione medica. Entro 15 gg dalla data della denuncia UniSalute dovrà inviare all'Iscritto, o ad un suo rappresentate, un questionario da far compilare al medico curante o ospedaliero in collaborazione con le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto.
UniSalute, entro 45 gg dal ricevimento del questionario con annessa la eventuale ulteriore documentazione medica richiesta, si impegna ad effettuare la visita medica di cui al successivo paragrafo "Accertamento dello stato di non autosufficienza" ed entro 45 giorni UniSalute si impegna a dare riscontro all'Iscritto in merito all'esito della visita medica.

5.10.8 Accertamento dello stato di non autosufficienza

UniSalute, con propria Commissione appositamente costituita, accerterà, a proprio costo ed oneri, la sussistenza delle condizioni di cui al precedente paragrafo "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente a seguito di infortunio professionale".

5.10.9 Criteri di liquidazione dell'indennizzo

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto verrà effettuato previa verifica, attestante la non autosufficienza dell'Iscritto. 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.

5.10.10 Termini per la liquidazione dell'indennizzo

Dopo l'accertamento positivo dello stato di non autosufficienza, UniSalute erogherà la prestazione

prevista per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Iscritto dalla ricezione della documentazione completa, relativa alle spese sostenute dall'Iscritto inerenti e conseguenti allo stato di non autosufficienza.

5.11 Tariffe agevolate in caso di intervento chirurgico ambulatoriale e prestazioni di diagnostica in elenco

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale o limitatamente ad alcune prestazioni di alta diagnostica di seguito elencate, poiché non in copertura e a costo 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 convenzionata, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto:

- Ecografia transrettale;
- Ecografia transvaginale;
- Epiluminescenza;
- MOC.

5.12 Video consulto per visite specialistiche

SaluteMia attraverso UniSalute garantisce la possibilità di ottenere un video consulto per le prestazioni incluse nell'elenco sotto riportato, al fin e di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato.
Viene garantito un confronto diretto con lo specialista in tutti i casi in cui non sia necessario un contatto fisico, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti.
Per poter usufruire del Video consulto, l'Iscritto dovrà contattare la Centrale Operativa UniSalute per richiedere la prenotazione del video consulto con professionisti specializzati, utilizzando il numero verde indicato nella presente Guida.
Al fine dell'attivazione è necessario fornire un indirizzo email al quale verrà inviato il link a cui è possibile collegarsi per il video consulto, utilizzando il proprio computer o un dispositivo mobile, smartphone o tablet (è importante avere a disposizione le ultime versioni di Google Chrome o Mozilla Firefox).
Durante il video consulto è consigliabile tenere a portata di mano i seguenti documenti da condividere con il medico:

- un documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto);
- i referti in formato elettronico di esami precedenti riferibili alla medesima prestazione;
- la prescrizione del medico curante relativa alla prestazione richiesta

Il Servizio è prestato esclusivamente nei centri convenzionati con UniSalute, pertanto non è prevista la possibilità di ottenere il rimborso di tali prestazioni.
Il Servizio di video consulto è prestato per un massimo di 5 prestazioni all'anno per persona.

ELENCO DEI SERVIZI DI "VIDEO CONSULTO"	
• ALLERGOLOGICO • ANGIOLOGICO • CARDIOLOGICO • CHIRURGICO • DERMATOLOGICO ANCHE PEDIATRICO • EMATOLOGICO • ENDOCRINOLOGICO • FISIATRICO • GASTROENTEROLOGICO • GINECOLOGICO ANCHE PEDIATRICO • NEFROLOGICO	• NEUROCHIRURGICO • NEUROLOGICO • NEUROPSICHIATRA INFANTILE • OCULISTICO • ORTOPEDICO ANCHE PEDIATRICO • OTORINOLARINGOIATRICO ANCHE PEDIATRICO • PEDIATRICO • PNEUMOLOGICO • REUMATOLOGICO • SENOLOGICO • UROLOGICO

5.13 Servizio Monitor Salute

Si tratta di un programma di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di specifiche malattie Croniche, valutate tramite compilazione da parte dell'Assistito di un Questionario reperibile nell'Area Riservata.

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute S.r.l., società controllata da UniSalute S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi.

Consente un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 50 anni.

Per attivare il Servizio, l'Assicurato dovrà compilare il "Questionario Monitor - Salute" presente sul sito www.unisalute.it , reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di Accesso. L'Assicurato seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali; sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Assicurato al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio. Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Assicurato.

La Società, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia Cronica e all'occorrenza a contattare telefonicamente l'Assicurato per verificare i valori rilevati dai Dispositivi medici. Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere informazioni sul servizio, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato **800.169009**.

La copertura è prestata per l'intero periodo di iscrizione nel biennio 2026-2027, sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di tele-monitoraggio.

PIANI SANITARI INTEGRATIVI

L'adesione ad uno o più Piani sanitari Integrativi è consentita esclusivamente in caso di sottoscrizione del Piano Sanitario Base.

Ciò vale sia per l'Iscritto Titolare, sia per l'Iscritto Affiliato e sia per i familiari.

Alla fine della seconda annualità, nel caso di volontà di recesso, comunicata secondo le modalità stabilite dal Regolamento di SaluteMia, dal/i Piano/i Integrativo/i l'Iscritto potrà ri-sottoscriverlo/i solo dopo che sia trascorsa un'intera annualità.
All'Iscritto che si sia avvalso della facoltà di recedere dal/i Piano/i Integrativo/i e che, trascorso il termine di cui al comma precedente, intenda ri-sottoscriverlo/i si applicano le carenze di cui al punto "Norme per l'ingresso in copertura".

6 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 1 - RICOVERI

Prestazioni ospedaliere

- ricovero con intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio.
- ricovero senza intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio.
- intervento chirurgico ambulatoriale per il trattamento della cataratta e in caso di iniezioni intravitreali.

La disponibilità annua per l'insieme delle prestazioni correlate alle spese sostenute a seguito di ricovero in istituto di cura con o senza intervento chirurgico, incluso day hospital, di cui al presente Piano Sanitario Integrativo 1 - Ricoveri, è di € 30.000,00 per persona.
Si precisa che la prestazione riguardante il parto cesareo, il parto naturale, l'aborto terapeutico e spontaneo oggetto sia del Piano Sanitario Base che del presente Piano Sanitario Integrativo, saranno erogate prioritariamente secondo la copertura prevista dal Piano Sanitario Base e, solo in caso di superamento del limite e sottolimite del Piano stesso, saranno erogate nell'ambito della copertura del Piano Sanitario Integrativo.

6.1 Ricovero con intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, compreso il parto cesareo

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 un intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Rientrano nel presente Piano sanitario TUTTI gli interventi chirurgici, anche se effettuati in regime di day hospital, anche per via endoscopica, laparoscopica, in toracoscopia e mediante radiologia

interventistica.
Sono comprese le iniezioni intravitreali.

Le iniezioni intrevitreali, relative alla patologia di maculopatia degenerativa, devono essere obbligatoriamente eseguite in regime ambulatoriale e in sala operatoria in possesso dei requisiti idonei all'attività di chirurgia endobulbare.

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **30** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Intervento Chirurgico	Onorari dei componenti dell'équipe medico-chirurgica che effettua l'intervento, risultanti dalla cartella clinica, escluso qualsiasi soggetto che non partecipi attivamente all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento (comprese le endoprotesi). La tipologia di intervento deve risultare in modo inequivocabile dalla cartella clinica.
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 nell'Istituto di cura per un accompagnatore dell'Iscritto. Nel caso di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Iscritto in struttura alberghiera, la copertura è prestata se l'Iscritto ha residenza in un Comune diverso da quello dell'istituto di cura dove è ricoverato e con il limite giornaliero di **€ 110,00** per un di massimo di **30** giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite è di **€ 570,00** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni per degenza per persona.
Post-ricovero	La copertura comprende esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali effettuati nei **90** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La richiesta delle prestazioni di cui alla presente copertura per le prestazioni mediche e chirurgiche i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali deve essere certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura. Sono compresi inoltre i medicinali, per i quali la copertura sarà erogata esclusivamente in regime rimborsuale e le prestazioni infermieristiche nei limiti di **€ 70,00** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni per Iscritto e per anno assicurativo. I medicinali di cui sopra sono compresi in copertura se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse,

con applicazione di uno scoperto del **10% e minimo non indennizzabile di € 1.000,00** per ogni evento ricovero, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

- In caso di utilizzo delle strutture convenzionate appartenenti ai gruppi di seguito elencati, è prevista l'applicazione dello scoperto di cui sopra, pari al **10%**, e di una franchigia per evento, a carico dell'Iscritto, con le seguenti modalità:
  - **per assistito fino ai 40 anni**: scoperto **10%** e minimo non indennizzabile di **€ 2.500,00** per ogni evento;
  - **per assistito oltre i 41 anni**: scoperto **10%** e minimo non indennizzabile **di € 4.000,00** per ogni evento

Gruppi di Strutture convenzionate che prevedono l'applicazione della franchigia sopra descritta:

- GRUPPO EUROSANITA' - RM
- GRUPPO GEMELLI - ASSOCIATION COLUMBUS- RM
- GRUPPO HUMANITAS-GAVAZZENI
- GRUPPO IEO/MONZINO
- GRUPPO HEALTH CARE ITALIA S.P.A. - RM
- GRUPPO MADONNA DELLA FIDUCIA
- GRUPPO SAN DONATO
- CASA DI CURA PIO XI
- CLINICA SANATRIX - ASSA SPA
- VILLA MONTALLEGRO S.P.A.
- ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA-IRCCS
- VILLA CHIARA S.P.A.
- MATER OLBIA HOSPITAL

AVVERTENZA
La Rete è in continua evoluzione, l'assistito deve sempre verificare la presenza della struttura e del medico nell'Elenco della rete convenzionata facendo un passaggio preventivo con la Centrale Operativa chiamando il Numero Verde 800.822.444 negli orari: **08.30** – **19.30 dal lunedì al venerdì.**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura del **70**% con il minimo non indennizzabile di **€ 1.600,00**, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.
Qualora l'Iscritto non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto ad un'indennità giornaliera di **€ 62,50** per ogni giorno di ricovero per un periodo massimo di **100** giorni. 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 giornaliera, si provvede a corrispondere gli importi suindicati **per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionata ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate.

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

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100** giorni per ricovero. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati **per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto** di cura. In alternativa è previsto il rimborso integrale (senza applicazione di scoperti o minimi non indennizzabili) delle eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Iscritto.

- **In caso di spese di "Pre-ricovero"**

Le spese sostenute verranno rimborsate come previsto ai precedenti punti "In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate" nella misura del **90%** e con applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.600,00** per evento, o "In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale".

- **In caso di spese di "Post-ricovero"**

Se le prestazioni verranno fatturate insieme a quelle del ricovero, la Compagnia liquiderà direttamente alla struttura convenzionata con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00**.

Tali spese si considerano direttamente collegate al ricovero e, nel caso in cui rientrino nel limite massimo di giorni previsti per il post-ricovero, il minimo non indennizzabile potrà essere assorbito dall'evento principale (il ricovero stesso), consentendo così il rimborso delle prestazioni accessorie. Resta condizione necessaria che il ricovero venga effettuato presso struttura convenzionata e con personale convenzionato con la Compagnia.

Diversamente, il rimborso avverrà come previsto ai precedenti punti "In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate" nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 1.600,00** per evento, o "In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale".

6.1.1 Trasporto sanitario

La presente copertura comprende il rimborso delle spese per il trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura con nel sottolimite massimo di **€ 2.700,00** per annualità assicurativa e per persona.

6.1.2 Neonati

La presente copertura comprende il rimborso delle spese per tutti gli interventi chirurgici effettuati nei primi due anni di vita del neonato, sono comprese in copertura:

- le visite e gli accertamenti diagnostici effettuate nei **90** giorni pre e **90** giorni post intervento;
- la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero (con il limite giornaliero di **€ 70,00** per un periodo massimo di **90** giorni).

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 21.000,00.

6.2 Ricovero senza intervento chirurgico in istituto di cura o SSN, anche se effettuato in regime di day hospital, a seguito di malattia ed infortunio, compreso il parto naturale, aborto terapeutico e spontaneo

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 un ricovero medico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **15** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il 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 nell'Istituto di cura per un accompagnatore dell'Iscritto. Nel caso di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Iscritto in struttura alberghiera, la copertura è prestata se l'Iscritto ha residenza in un Comune diverso da quello dell'istituto di cura dove è ricoverato e con il limite giornaliero di **€ 110,00** per un di massimo di **30** giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite è di **€ 570,00** al giorno per un periodo massimo di **15** giorni per degenza per persona.
Post-ricovero	La copertura comprende esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali effettuati nei **45** giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La richiesta delle prestazioni di cui alla presente copertura per le prestazioni mediche e chirurgiche i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali deve essere certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura. Sono compresi inoltre i medicinali, per i quali la copertura sarà erogata esclusivamente in regime rimborsuale e le prestazioni infermieristiche nei limiti di **€ 70,00** al giorno per un periodo massimo di **15** giorni per Iscritto per anno assicurativo. I medicinali di cui sopra sono compresi in copertura se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con applicazione di uno scoperto del **10% e di un minimo non indennizzabile di € 1.000,00** per ogni evento ricovero, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

➢ In caso di utilizzo delle strutture convenzionate appartenenti ai gruppi di seguito elencati, è

prevista l'applicazione dello scoperto di cui sopra, pari al **10%**, e di una franchigia per evento, a carico dell'Iscritto, con le seguenti modalità:

- **per assistito fino ai 40 anni**: scoperto del **10%** e minimo non indennizzabile di **€ 2.500,00** per ogni evento;
- **per assistito oltre i 41 anni**: scoperto del **10%** e minimo non indennizzabile di **€ 4.000**,00 ogni evento

Gruppi di Strutture convenzionate che prevedono l'applicazione della franchigia sopra descritta:

- □ GRUPPO EUROSANITA' - RM
- □ GRUPPO GEMELLI - ASSOCIATION COLUMBUS- RM
- □ GRUPPO HUMANITAS-GAVAZZENI
- □ GRUPPO IEO/MONZINO
- □ GRUPPO HEALTH CARE ITALIA S.P.A. - RM
- □ GRUPPO MADONNA DELLA FIDUCIA
- □ GRUPPO SAN DONATO
- □ CASA DI CURA PIO XI
- □ CLINICA SANATRIX - ASSA SPA
- □ VILLA MONTALLEGRO S.P.A.
- □ ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA-IRCCS
- □ VILLA CHIARA S.P.A.
- □ MATER OLBIA HOSPITAL

AVVERTENZA
La Rete è in continua evoluzione, l'assistito deve sempre verificare la presenza della struttura e del medico nell'Elenco della rete convenzionata facendo un passaggio preventivo con la Centrale Operativa chiamando il Numero Verde 800.822.444 negli orari: **08.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì.**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura del **70**% con il minimo non indennizzabile di **€ 1.600,00**, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti.

Con esclusivo riferimento al parto naturale è prevista l'applicazione di un sottolimite di € 10.000,00 per persona.

Qualora l'Iscritto non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto ad un'indennità giornaliera di **€ 62,50** per ogni giorno di ricovero per un periodo massimo di **100** giorni. 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 giornaliera, si provvede a corrispondere gli importi suindicati **per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionata ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate.

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

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso, avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100** giorni per ricovero.
Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati **per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto** di cura. In alternativa è previsto il rimborso integrale (senza applicazione di scoperti o minimi non indennizzabili) delle eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Iscritto.

- **In caso di spese di "Pre-ricovero"**

Le spese sostenute verranno rimborsate come previsto ai precedenti punti "In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate" nella misura del **90%** e minimo non indennizzabile di **€ 1.600,00** per evento, o "In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale".

- **In caso di spese di "Post-ricovero"**

Se le prestazioni verranno fatturate insieme a quelle del ricovero, il Piano sanitario liquiderà direttamente alla struttura convenzionata con applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00**.
Tali spese si considerano direttamente collegate al ricovero e, nel caso in cui rientrino nel limite massimo di giorni previsti per il post-ricovero, il minimo non indennizzabile e lo scoperto potranno essere assorbiti dall'evento principale (il ricovero stesso), consentendo così il rimborso delle prestazioni accessorie. Resta condizione necessaria che il ricovero venga effettuato presso struttura convenzionata e con personale convenzionato con la Compagnia.
Diversamente, il rimborso avverrà come previsto ai punti "In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Compagnia" nella misura dell'**80%** e con il minimo non indennizzabile di **€ 1.600,00** per evento, o "In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale".

6.2.1 Trasporto sanitario

La presente copertura comprende il rimborso delle spese per il trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura con nel sottolimite massimo di **€ 2.700,00** per annualità assicurativa e per persona.

6.2.2 Intervento chirurgico ambulatoriale per il trattamento della cataratta e in caso di iniezioni intravitreali

La presente copertura è operante per le seguenti prestazioni:

Intervento chirurgico ambulatoriale limitatamente alla procedura chirurgica per il trattamento della cataratta e in caso di iniezioni intravitreali anche diversi da maculopatia degenerativa.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00**. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70**% con il minimo non indennizzabile di **€ 1.600,00** per prestazione. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 1.500,00 per occhio.

7 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 2 - SPECIALISTICA

7.1 Alta diagnostica integrata, accertamenti e terapie, visite specialistiche, analisi di laboratorio, prestazioni fisioterapiche

La disponibilità annua per l'insieme delle prestazioni di cui al presente Piano Sanitario Integrativo 2 - Specialistica, è di:
- € 3.700,00 per l'Iscritto Titolare;
- € 5.200,00 per il nucleo familiare (escluso l'Iscritto Titolare) con un sottolimite annuo di € 2.000,00 per persona facente parte del suddetto nucleo.
Valgono inoltre i seguenti sottolimiti annui:
- € 2.100,00 per le prestazioni di "Alta diagnostica integrata";
- € 1.250,00 per le prestazioni di "Visite specialistiche";
- € 750,00 per le prestazioni di "Analisi di laboratorio";
- € 850,00 per le prestazioni di "Fisioterapia".

Si precisa per le prestazioni di "Alta diagnostica integrata, accertamenti e terapie" oggetto sia del Piano Sanitario Base che del presente Piano Sanitario Integrativo, saranno erogate prioritariamente secondo la copertura prevista dal Piano Sanitario Base e, solo in caso di superamento del limite e sottolimite del Piano stesso, saranno erogate nell'ambito della copertura del Piano Sanitario Integrativo.

La presente copertura è operante per le seguenti prestazioni:

Alta diagnostica integrata:

- Angiografia
- Artrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans Kehr
- Fistolografia
- Fluorangiografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- 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
- Coronarografia
- Ecocardiogramma
- Eco-stress
- Ecocardiogramma trans esofageo
- Elettrocardiogramma dinamico (Holter cardiaco)
- Scintigrafia cardiaca da sforzo
- Ecocolordoppler (arti inferiori e superiori) (aorta) (tronchi sovraortici) (arteria renale)
- Doppler transcranico
- Holter pressorio
- Ecografie
- Endoscopie diagnostiche
- Mammografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria

• Elettroencefalografia • PET • Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) • Scintigrafia • TAC • Angio TAC-Angio RMN • PET/TC eseguite contestualmente • Campimetria visiva	• Eco prostatica trans rettale • Cistoscopia • Broncoscopia • Biopsia -Biopsia eco guidata -Biopsia TAC guidata • Dialisi • Radioterapia • Chemioterapia • Cobaltoterapia

- **visite specialistiche;**
- **analisi di laboratorio;**
- **prestazioni fisioterapiche**: questa copertura sarà operante nel caso in cui le prestazioni stesse vengano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, con l'esclusione delle prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medicaI hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 15,00**. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 60,00** per:

- ogni prestazione in caso di alta diagnostica integrata, visite specialistiche e analisi di laboratorio;
- ogni ciclo di terapia in caso di prestazioni fisioterapiche. accertamento diagnostico o ciclo di terapia, intendendo per ciclo di terapia quanto previsto dal Servizio Sanitario Nazionale e cioè la prescrizione di una serie della stessa prestazione fisioterapica per un massimo 10 sedute oppure 3 serie di prestazioni fisioterapiche diverse, ciascuna fino a un massimo di 10 sedute. Le prestazioni fisioterapiche saranno rimborsate secondo il tariffario di cui al successivo **allegato E "Tariffario fisioterapia"**.

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi 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**

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

8 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 3 – SPECIALISTICA PLUS!

La disponibilità annua per l'insieme delle prestazioni di cui al presente Piano Sanitario Integrativo 3 – Specialistica Plus!, è di:
- € 2.500,00 per l'Iscritto Titolare;
- € 3.500,00 per il nucleo familiare (escluso l'Iscritto Titolare) con un sottolimite annuo di € 2.250,00 per persona facente parte del suddetto nucleo.
Valgono inoltre i seguenti sottolimiti annui:
- € 1.500,00 per le prestazioni di "Alta diagnostica integrata";
- € 875,00 per le prestazioni di "Fisioterapia";

Le prestazioni del presente Piano Sanitario Integrativo 3 – Specialistica Plus! si intendono aggiuntive e integrative alle medesime contenute nel Piano Sanitario Base. Fatte salve le prestazioni non presenti nel Piano Sanitario Base, l'attivazione del presente Piano Sanitario Integrativo 3 – Specialistica Plus! avverrà solo in caso di superamento del limite di spesa annuo e relativi sottolimiti del Piano Sanitario Base.

8.1 Alta diagnostica integrata

La presente copertura è operante per le seguenti prestazioni:

- Colonscopia
- Eco transrettale
- Eco trasvaginale
- Gastroscopia tradizionale o transnasale
- MOC

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 15,00** per prestazione a carico dell'Iscritto. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 75,00** per ogni accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

8.2 Assistenza maternità Plus!

La presente copertura è operante per le seguenti prestazioni:

- n. 2 ecografie, compresa la morfologica;
- n. 2 visite specialistiche di controllo ostetrico ginecologiche;
- n. 1 ciclo di terapie fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto;
- n. 3 sedute di psicoterapeutiche post parto.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 15,00** a carico dell'Iscritta. L'Iscritta dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico indicante lo stato di gravidanza.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 75,00** per ogni prestazione o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritta alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante indicante lo stato di gravidanza.

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

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritta alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante indicante lo stato di gravidanza.

8.3 Assistenza maternità Plus! estensione

La presente estensione non è prevista per le persone di età inferiore a 35 anni.

La presente copertura è operante per le seguenti prestazioni:

- Esame cosiddetto Harmony test, G-test o equivalente, in alternativa all'Amniocentesi e Villocentesi (aggiuntive rispetto alle prestazioni previste nella sezione "Assistenza Maternità Estensione Base")

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture non convenzionate.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 15,00** a carico dell'Iscritta. L'Iscritta dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico indicante lo stato di gravidanza.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 75,00** per ogni prestazione. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritta alleghi alla

copia della fattura la copia della richiesta del medico curante indicante lo stato di gravidanza.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 400,00 per persona.

8.4 Prevenzione oncologica

La presente copertura è operante per **gli uomini > di 45 anni e per le donne > di 35 anni, per entrambi una volta all'anno:**

- **per la prevenzione del tumore alla mammella**: Risonanza magnetica nucleare mammaria con mezzo di contrasto (in aggiunta o in alternativa alla mammografia prevista nel Piano Sanitario Base),
- **per la prevenzione del tumore della pelle**: Epiluminescenza o videodermatoscopia;
- **per la prevenzione del tumore polmonare**: TAC polmonare ad alta risoluzione;
- **per la prevenzione del tumore al colon-retto** (sia per gli uomini che per le donne): Colon TC virtuale (in abbinamento all'esame di ricerca del sangue occulto nelle feci previsto nel Piano Sanitario Base).

8.5 Protesi e ortesi ortopediche

La presente copertura è operante a seguito di infortunio **documentato da referto del Pronto Soccorso**, rimborsa le spese per acquisto di protesi e ortesi ortopedici.
Tali spese saranno rimborsate al **60%**.

Per ottenere il rimborso l'Iscritto dovrà inoltrare:

- Radiografie e referti radiologici, se eseguite;
- Referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Il sottolimite annuo per la presente copertura è di € 1.000,00 per persona. Per quanto riguarda le ortesi, è operante un sottolimite annuo è pari a € 450,00.

9 PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 4 – ODONTOIATRIA

La disponibilità annua per l'insieme delle prestazioni di cui al presente Piano Sanitario Integrativo 4 - Odontoiatria, è di:

- **€ 950,00 per l'Iscritto Titolare;**
- **€ 2.050,00 per il nucleo familiare (escluso l'Iscritto Titolare) con un sottolimite annuo di € 950,00 per persona facente parte del suddetto nucleo.**

La presente copertura è operante per le seguenti prestazioni:

Igiene e prevenzione

- Visita odontoiatrica
- Ablazione tartaro

Emergenza

- Rx endorale (per due elementi)
- Estrazione di dente o radice
- Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali
- Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali

Cure di primo livello

- Rx endorale (per due elementi)
- Estrazione di dente o radice
- Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali
- Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali
- Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente
- Terapia endodontica ad un canale
- Terapia endodontica a due canali
- Terapia endodontica a tre o quattro canali
- Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica

Cure di secondo livello

- Ortopantomagrafia
- Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)
- Rizectomia - per elemento
- Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali
- Rizotomia e relative endorali
- Interventi di piccola chirurgia orale (fenulectomia - incisione di ascesso - asportazione di epulide o cistimucose - opercolotomia - intervento chirurgico prepotesico) e relative endorali
- Placca occlusale o bite
- Molaggio selettivo per arcata
- Esame elettromiografico e/o kinesiografico

Cure di terzo livello

- Protesi

Per le prestazioni di cui all'elenco precedente valgono le seguenti **CARENZE**:

Igiene e prevenzione

- nessuna carenza

Emergenza

- nessuna carenza

Cure di primo livello

- carenza 90 giorni
- da 3 a 6 mesi rimborso al 50%
- oltre i 6 mesi rimborso al 100%

Cure di secondo livello

- Carenza 90 giorni
- da 3 a 6 mesi rimborso al 30%
- da 6 a 12 mesi rimborso al 60%
- oltre i 12 mesi rimborso al 100%

Cure di terzo livello

- carenza 180 gg
- da 6 a 8 mesi rimborso al 30%
- da 8 a 12 mesi rimborso al 60%
- oltre i 12 mesi rimborso al 100%

Le prestazioni oggetto della presente sezione sono garantite a condizione che:

- siano state preventivamente autorizzate dalla Centrale operativa;
- siano rese necessarie da una patologia insorta dopo la data di inizio della Copertura;
- siano state giudicate necessarie da un dentista e che certificherà successivamente le cure alla Compagnia.

Richiesta di prestazione odontoiatrica in emergenza

Per richiedere qualsiasi tipo di intervento o prestazione in emergenza coperti dalla presente sezione l'Iscritto deve preventivamente contattare la Centrale operativa della Compagnia per:

- ottenere la necessaria autorizzazione, pena decadimento dal diritto al rimborso della prestazione;
- verificare la tipologia di intervento e se esso è incluso nella presente sezione;
- ricevere informazioni sulle strutture odontoiatriche convenzionate sul territorio nazionale dove è possibile eseguire l'intervento;
- scegliere se eseguire l'intervento presso una struttura convenzionata (in Network) o non convenzionata (fuori Network)

Le spese sostenute vengono rimborsate secondo il tariffario dentarie di cui al successivo allegato C – tariffario dentarie.

PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS

Il Piano Sanitario in oggetto, può essere acquistato *in aggiunta* ai Piani precedentemente indicati (Base e integrativi) *o da solo*, così come indicato al precedente punto "Norme per l'ingresso in copertura".

10 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS

- **Prestazioni ospedaliere**
- Ricovero in istituto di cura in regime pubblico
- Ricovero in istituto di cura in regime privato

- **Prestazioni extraospedaliere**
- alta diagnostica
- trattamenti dell'infertilità
- malattie oncologiche
- medicina oncologica preventiva
- gravidanza

- **Infortuni**

- **Diaria post ricovero per gravi mali**

- **Rimpatrio della salma**

- **Assistenza odontoiatrica**

10.1 Prestazioni ospedaliere

La disponibilità annua per l'insieme delle prestazioni di cui alla presente sezione "Prestazioni ospedaliere" è di € 200.000,00 per nucleo familiare, elevato a € 350.000,00 in caso di grandi interventi chirurgici e gravi mali.
Per grandi interventi chirurgici e gravi mali si intendono quelli elencati al successivo allegato F - Elenchi Piano Sanitario Optima Salus.

La copertura prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute, in caso di malattia, infortunio, aborto spontaneo o post-traumatico, entro i limiti previsti dal Tariffario Optima Salus oppure tramite la copertura diretta presso le strutture convenzionate, o dell'indennità sostitutiva da ricovero. Per quanto riguarda i medicinali, a parità di efficacia terapeutica, sarà rimborsato il farmaco meno costoso.

10.1.1 Ricovero in istituto di cura in regime pubblico

L'Iscritto, qualora le spese sanitarie da ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, o strutture con esso convenzionate, o interamente rimborsate all'Iscritto o familiare in forza di un Piano Sanitario, avrà diritto a un'indennità di:

– **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero (per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati **per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto** di cura);
- **€ 40,00** per ogni giorno di ricovero in day-hospital.

L'indennità giornaliera è erogabile per un periodo non superiore a **180** giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare.

- In caso di parto non cesareo l'indennità è prestata per un periodo massimo di **5 giorni per evento**.

Oltre l'indennità giornaliera verranno liquidate le seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Onorari medici ed accertamenti diagnostici effettuati nei: – **100** giorni precedenti il ricovero; – **50** giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale; – **30** giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico; – **200** giorni precedenti, se il ricovero avviene per gravi mali.
Materiale sanitario e medicinali	Materiale sanitario e tutti gli apparecchi e strumenti monouso a perdere, utilizzati durante il periodo del ricovero. Medicinali erogati durante il periodo del ricovero, coerenti con la patologia trattata.
Trasferimento	Trasferimento solo per il trasporto dell'infermo in autoambulanza, avendo riguardo alla non trasferibilità con gli usuali mezzi di trasporto, è rimborsato al **100%** della spesa fatturata con il limite di **€ 2.000,00** euro anno assicurativo e per evento. Trasferimenti connessi con il ricovero tra vari istituti di cura, con qualsiasi mezzo di trasporto viene riconosciuto con il limite di **€ 400,00** per anno assicurativo e per evento, comprese le spese per accompagnatore. In caso di gravi mali il limite viene elevato a **€ 1.000,00**, ulteriormente elevabili a **€ 1.500,00** in caso di ricovero all'estero, con un massimo di **€ 3.000,00** per anno assicurativo.
Post-ricovero	Esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche extraricovero, trattamenti fisioterapici rieducativi extraricovero e cure termali (escluse le spese alberghiere), apparecchi per fisioterapia, con il massimo di **€ 310,00** per sinistro e per anno assicurativo, effettuati nei: – **100** giorni successivi alla cessazione del ricovero reso necessario dalla malattia che ha determinato il ricovero; – **50** giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale;

	– **30** giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico; – **120** giorni successivi alla cessazione, se il ricovero è stato reso necessario da infortunio; – **180** giorni successivi alla cessazione se il ricovero è avvenuto in conseguenza di gravi mali.

10.1.2 Ricovero in istituto di cura in regime privato

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato in regime privato, può godere delle seguenti prestazioni.

Pre-ricovero	Onorari medici ed accertamenti diagnostici effettuati nei: – **100** giorni precedenti il ricovero; – **50** giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale; – **30** giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico; – **200** giorni precedenti se il ricovero avviene per gravi mali.
Intervento Chirurgico	Onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale sanitario e tutti gli apparecchi e strumenti monouso a perdere, utilizzati durante il periodo del ricovero, apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento.
Assistenza medica, medicinali, cure	Assistenza medica ed infermieristica, trattamenti fisioterapici rieducativi, materiale sanitario e protesico ed esami riguardanti il periodo di ricovero. Per i medicinali erogati durante il periodo del ricovero – coerenti con la patologia trattata.
Rette di degenza	Per rette di degenza ordinaria con il limite massimo di **€ 400,00** giornalieri per un massimo di **200** giorni per anno assicurativo e per nucleo familiare, con un abbattimento nella misura del **20%** della retta nel caso la degenza si protragga oltre il **40°** giorno in caso di ricoveri, in regime ordinario, anche non continuativi connessi al medesimo evento patologico. La Struttura sanitaria è tenuta a comunicare, documentare e motivare l'eventuale trasferimento di un paziente dal reparto di degenza ordinaria al reparto di terapia intensiva.
Accompagnatore	Le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura, per un periodo non superiore a **100** giorni, per ogni evento e con il limite giornaliero di **€ 70,00**. In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da malattia o da infortunio, per la determinazione dei termini temporali per le prestazioni sanitarie pre e post di cui sopra, si tiene conto del giorno dell'intervento stesso.
Post-ricovero	Esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici rieducativi e cure termali (escluse le spese alberghiere), apparecchi per fisioterapia, con il massimo di **€ 310,00** per sinistro e per anno assicurativo, effettuati nei:

	- **100** giorni successivi alla cessazione del ricovero reso necessario dalla malattia che ha determinato il ricovero; - **50** giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, **30** giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico; nei **120** giorni successivi alla cessazione, se il ricovero è stato reso necessario da infortunio; nei **180** giorni successivi alla cessazione se il ricovero è avvenuto in conseguenza di gravi mali
Trasporto sanitario	La copertura prevede il trasferimento solo per il trasporto dell'infermo in autoambulanza, avendo riguardo alla non trasferibilità con gli usuali mezzi di trasporto, con il limite di **€ 2.000,00** euro anno assicurativo ed evento. La copertura prevede inoltre per trasferimenti connessi con il ricovero tra vari istituti di cura, con qualsiasi mezzo di trasporto viene riconosciuto fino alla concorrenza di **€ 400,00** per evento e per anno assicurativo, comprese le spese per accompagnatore, purché opportunamente documentate. In caso di gravi mali il limite viene elevato a **€ 1.000,00**, ulteriormente elevabile ad **€ 1.500,00** in caso di ricovero all'estero, con un massimo di **€ 3.000,00** per anno assicurativo.
Spese odontoiatriche e ortodontiche	Spese odontoiatriche ed ortodontiche solo se sostenute durante ricovero a seguito di infortunio e nei **120** giorni successivi alla cessazione del ricovero, con un limite di spesa di **€ 15.494,00** per anno assicurativo e nucleo familiare.
Ostetricia	La copertura è operante con i seguenti limiti per sinistro e anno assicurativo: – parto naturale **€ 5.000,00**, nel caso di parto in acqua o con epidurale, il rimborso massimo è elevato di **€ 516,00** euro; – parto cesareo (omnicomprensivo) **€ 7.500,00**. Nell'ambito di queste somme sono comprese, a titolo esemplificativo e non esaustivo: la normale assistenza alla puerpera e al neonato, la sala parto (per un massimo di € 362,00) e le spese sostenute per il nido (per un massimo di € 258,00), purché questo si trovi per evento all'interno dell'istituto di cura ove la madre ed il figlio si trovano ricoverati. In caso di parto gemellare i limiti di spesa previsti per il parto non cesareo e per quello cesareo devono intendersi elevati del 50%, e per il parto plurigemellare del 75%.

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus" con applicazione di uno scoperto del **20%** per ricovero.

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

I rimborsi sono erogati nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus" con applicazione di uno scoperto del **30%** per ricovero.

La diaria integrativa per i Soci che ne usufruiscono è di € 51,50, in caso di ricovero in regime di day-hospital è di € 220,00.

Per i ricoveri privati in riabilitazione post-acuzie la retta giornaliera di degenza è rimborsabile fino alla concorrenza di € 400,00 (IVA compresa) per ogni notte di ricovero e per un massimo di 40 giorni per evento.
(Per evento si intende un ricovero in regime di post acuzie immediatamente successivo e correlato al ricovero in acuzie).

Per i ricoveri in regime di post-acuzie avvenuti in regime di SSN è prevista una diaria sostitutiva omnicomprensiva di € 50,00. I ricoveri in regime di riabilitazione post/acuzie sono rimborsati nel limite di € 35.000,00 per anno e per nucleo.

10.1.3 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi è compreso il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore. Nel caso di donazione da vivente, è compreso il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale dell'intervento), cure, medicinali e rette di degenza. Nel corso di degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno (day-hospital), dietro presentazione di cartella clinica, vengono rimborsate inoltre, nei limiti sopra descritti, le spese sostenute per:

- assistenza medica ed infermieristica;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria;
- materiale sanitario, monouso, con rimborso del documentato costo sostenuto;
- apparecchi protesici, terapeutici applicati durante l'intervento;
- cure e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici;
- medicinali erogati durante il day hospital coerente con le patologie che hanno determinato il ricovero con il limite di **€ 220,00**;
- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei **50** giorni precedenti il ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico, **30** giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico e nei **50** giorni seguenti il ricovero a regime esclusivamente diurno con intervento chirurgico, **30** giorni in caso di ricovero a regime esclusivamente diurno senza intervento chirurgico.

10.2 Prestazioni extraospedaliere

**Qualora le prestazioni siano usufruite presso le strutture sanitarie convenzionate, le spese relative saranno liquidate direttamente alle strutture stesse, entro il limite di € 6.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare,
senza applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto**

Qualora le prestazioni siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, o di strutture con esso convenzionate, i ticket per l'insieme delle prestazioni di cui al presente punto "Prestazioni extraospedaliere" e con esclusione dei medicinali, saranno rimborsati al 100% del loro importo, entro il limite di € 6.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare. Qualora le prestazioni siano usufruite al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture con esso convenzionate, ovvero in regime di intramoenia, i rimborsi sono previsti, entro il già menzionato limite di € 6.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, entro i limiti previsti dal Tariffario Optima Salus.

10.2.1 Endoscopie digestive, respiratorie ed urinarie e, o terapeutiche

La presente copertura comprende le spese sostenute per le endoscopie digestive, respiratorie ed urinarie diagnostiche e, o terapeutiche.

10.2.2 Alta diagnostica

Rientrano nella presente copertura le prestazioni di seguito elencate:

– diagnostica radiologica e di medicina nucleare – dialisi (in un centro o domiciliare) – doppler, ecodoppler e ecocolordoppler – diagnostica ecografica – elettrocardiografia normale, da sforzo e dinamica second Holter – elettroencefalografia normale, con sonno farmacologico, dinamico continuo – infiltrazioni medicamentose articolari – risonanza magnetica nucleare – tomografia ad emissione di positroni (PET) – epiluminescenza – elettromiografia – tomografia computerizzata, angiotac e angiospiraltac – angiografia (compresa arteriografia e flebografia) – mappe cerebrali	– mielografia – polisonnografia – potenziali evocati – ricerche genetiche sul feto per malformazioni fetali (anche in assenza di malattia o infortunio) – tomografia computerizzata (TC) – tomografia ad emissione di fotone singolo (SPET) – colposcopia – chemioterapia – radioterapia e radioisotopo terapia – cobaltoterapia – pacchetto omnicomprensivo comprendente prestazioni fisioterapiche previste dal tariffario in vigore *

*** Trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti 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. È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici. N.B Si tratta di generica indicazione sulle condizioni di liquidazione e non si intende normare tutte le patologie, rimangono quindi in copertura le sole casistiche previste nel tariffario**

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu. 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.

Le prestazioni chirurgiche erogate con modalità ambulatoriale (day service) non comportano il rimborso della retta di degenza.

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus" e con applicazione di una franchigia di **€ 15,00** per prestazione/ciclo di terapia.

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

I rimborsi sono erogati con l'applicazione di uno scoperto **vengono rimborsate con applicazione di uno** scoperto pari all'aliquota di detrazione fiscale (per spese mediche) vigente **e di un minimo non indennizzabile di € 25,00 per prestazione/ciclo di terapia.**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale e con esso accreditate**

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

10.2.3 Trattamenti dell'infertilità

Rientrano nella presente copertura le prestazioni per trattamenti dell'infertilità.

Il sottolimite annuo per le prestazioni di cui alla presente copertura è di € 1.549,00, onnicomprensivo e accessibile non più di due volte (ciascuna per l'importo massimo di € 1.549,00) nell'intero periodo di appartenenza a SaluteMia da parte dell'Iscritto.

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus".

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

I rimborsi sono erogati nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus".

10.2.4 Malattie oncologiche

Rientrano nella presente copertura:

- tutti gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche ed i relativi onorari medici, anche se non seguiti dal ricovero, purché sia diagnosticata la malattia oncologica;
- tutte le visite specialistiche e tutte le terapie (radianti, chemioterapiche ed altre), rese necessarie dalla malattia e sostenute entro due anni dalla cessazione del ricovero;
- terapie effettuate a domicilio da personale medico o paramedico
- esami cito-istologici;
- parrucca per perdita capelli a seguito di chemioterapia nel limite di **€ 1.000,00**;

- affitto di apparecchiature oncologiche con un massimo di **€ 516,00** per ciclo terapico o **€ 103,00** per ogni seduta e con il limite di **€ 2.582,00** per anno assicurativo;
- terapia psicologica: supporto psicologico, fornito da psicologo abilitato, con il massimo annuo di **€ 500,00.**

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus" e con applicazione di una franchigia di **€ 15,00** per prestazione/ciclo di terapia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie private non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto pari all'aliquota di detrazione fiscale vigente per spese mediche e di un **minimo non indennizzabile di € 25,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus". Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale e con esso accreditate**

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

10.2.5 Medicina oncologica preventiva

Rientrano nella presente copertura le seguenti prestazioni effettuate a scopo preventivo:

- Mammografia;
- ecografia della mammella;
- pap-test;
- ecografia prostatica transrettale;
- quantificazione del PSA sierico, totale e frazionato;
- ecografia trans-endo vaginale.

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus" e con applicazione di una franchigia di **€ 15,00** per prestazione.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto pari all'aliquota di detrazione fiscale vigente per spese mediche e di un **minimo non indennizzabile di € 25,00**, per ogni accertamento diagnostico, nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus". Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale e con esso accreditate**

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Il sottolimite per biennio per le prestazioni di cui alla presente copertura è di € 500,00 per persona.

10.2.6 Gravidanza

Rientrano nella presente copertura, in caso di ricovero ed extraricovero, esclusivamente le seguenti prestazioni:

- Amniocentesi;
- tutte le prestazioni sanitarie sul nascituro fino al momento della nascita, per manifestate malattie e, o lesioni dello stesso. Salvo ove diversamente previsto tali prestazioni decorrono a partire dal trecentunesimo giorno successivo a quello d'inizio delle altre prestazioni.

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante indicante lo stato di gravidanza.

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus" e con applicazione di una franchigia di **€ 15,00** per prestazione.

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

I rimborsi sono erogati nell'ambito dei limiti previsti dal "Tariffario Optima Salus" e con applicazione e di un **minimo non indennizzabile di € 25,00** per prestazione.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale e con esso accreditate**

Vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

10.3 Infortuni

In caso di infortunio che comporti un ricovero (con almeno un pernottamento in istituto di cura), il rimborso delle spese sanitarie è previsto secondo quanto riportato alle voci "Prestazioni ospedaliere".
Se, invece, l'infortunio non comporta un ricovero, il rimborso delle spese sanitarie è limitato alle prestazioni riportate al punto "Prestazioni extraospedaliere".

10.4 Diaria post ricovero per gravi mali

La copertura prevede una diaria post ricovero per gravi mali di **€ 37,50** al giorno per massimo **30** giorni per anno assicurativo, per evento e per nucleo familiare, in caso di inabilità lavorativa assoluta temporanea comprovata da idonea documentazione.

10.5 Rimpatrio della salma

La copertura prevede le spese di trasporto per il rimpatrio della salma, in caso di decesso dell'Iscritto o del suo familiare avvenuto durante un ricovero all'estero, purché il ricovero risulti in copertura con il presente Piano Sanitario.

La disponibilità annua per le prestazioni di cui alla presente copertura è di € 3.000,00 per persona.

10.6 Assistenza odontoiatrica

La copertura prevede le seguenti prestazioni odontoiatriche, **ed è operante esclusivamente in strutture sanitarie convenzionate.**

1) **Prestazioni di prevenzione odontoiatrica**, che comprendono:
- 1 seduta di igiene orale l'anno (ablazione del tartaro con ultrasuoni);
- 1 visita specialistica odontoiatrica l'anno.

2) **Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero** conseguenti alle seguenti patologie:
- adamantinoma
- ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare.

Sono compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura, purché anch'essi conseguenti alle stesse patologie.

La disponibilità annua per le prestazioni di interventi chirurgici odontoiatrici è di € 1.500,00 per nucleo familiare.

3) Prestazioni a tariffe agevolate

Per le prestazioni odontoiatriche non ricomprese nei punti 1) e 2) è possibile richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe agevolate riservate agli Iscritti e familiari.

CONDIZIONI GENERALI

11 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO SALUTEMIA ISCRITTI BASE PIÙ INTEGRATIVI

PATOLOGIE PREGRESSE

Per i soli iscritti già precedentemente in copertura nel 2025 o per i nuovi iscritti provenienti da Casse/Mutue e sottoscrittori di uno o più Piani sanitari promossi dalla stessa che, senza soluzione di continuità rispetto all'annualità di riferimento, rinnovano l'adesione entro il 31/03, il Piano sanitario è operante per:

- le spese relative a ricoveri/interventi/prestazioni che siano conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di iscrizione da parte di ciascun Iscritto coperto dal presente Piano sanitario;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni diagnosticato e/o conosciuti precedentemente alla data di iscrizione da parte di ciascun Iscritto coperto dal presente Piano sanitario.

Si intendono escluse dalla copertura le spese per:

A. ricoveri/interventi/prestazioni che siano conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Iscritto al presente Piano sanitario.

B. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni diagnosticato e/o conosciuti precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Iscritto al presente Piano sanitario.

Le esclusioni di cui ai punti A e B non sono in alcun modo operanti per:

a) Per le persone già iscritte a SaluteMia e sottoscrittori di uno o più piani sanitari dalla stessa offerti nel biennio 2024 – 2025 o comunque nell'anno 2025.

b) Per i nuovi Iscritti a SaluteMia che nel 2025 erano già iscritti ad altra Mutua Sanitaria Integrativa/Cassa di assistenza sanitaria/Fondo Sanitario Integrativo, e che sottoscrivono uno o più Piani sanitari di SaluteMia entro il 31/03 della ricorrenza anniversaria del presente Piano sanitario. Si precisa che la copertura per l'iscritto e relativi eventuali familiari inseriti decorrerà dal giorno del bonifico e verrà garantita la continuità assicurativa con la precedente copertura, sempreché l'iscrizione a SaluteMia sia perfezionata entro e non oltre la scadenza della precedente copertura.

Si intendono escluse tutte quelle forme di coperture di assistenza sanitaria integrativa non di emanazione da parte dei soggetti giuridici appena citati.

Nel caso di nuclei familiari, dovrà essere prodotta la documentazione che attesti l'estensione ai componenti del nucleo della precedente copertura di assistenza sanitaria.

Per tutte le categorie di Iscritti, si intendono in ogni caso escluse dalla copertura le spese per:

- qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione (salvo quanto previsto nei precedenti paragrafi);
- malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 90 giorni successivi allo stesso;
- prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (p.m.a.);
- infortuni derivanti da atti dolosi dell'Iscritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
- infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- aborto volontario non terapeutico;
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
- le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) quali - a titolo esemplificativo - apparecchi acustici, plantari e simili;
- trattamenti sclerosanti;
- trattamenti fisioterapici e trattamenti rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini, salvo quanto previsto nei singoli Piani Sanitari;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

La inoperatività delle coperture "cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 90 giorni successivi allo stesso" non è da applicarsi nei seguenti casi:

• per le prestazioni di cui all'art. 8. "Piano Integrativo 2. Specialistica"

• per le prestazioni di cui all'art. 9. "Piano Integrativo 3. Specialistica Plus!"

• per i ricoveri effettuati in regime di day hospital ove specificamente previsti nel Piano sanitario

• in tutte le circostanze diversamente previste nel presente Piano sanitario.

In deroga alla inoperatività delle coperture per "prestazioni rese a persone affette da infermità mentali", anche per gli Iscritti affetti da patologie mentali e disturbi psichici saranno attivabili le

coperture previste dal piano sanitario, in Base alla Legge n. 18 del 3 marzo 2009, recante la ratifica e l'esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006.

Qualora, con riferimento a tale condizione insorga una controversia in ordine alla operatività della copertura, il caso verrà sottoposto alla Commissione Paritetica.

12 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS

Si intendono escluse dalla copertura le spese per:
1) ricoveri/interventi/prestazioni che siano conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi e diagnosticate precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Iscritto al presente Piano Sanitario;
2) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni diagnosticato e/o conosciuti precedentemente alla data di adesione da parte di ciascun Iscritto al presente Piano Sanitario.

Le esclusioni di cui ai punti 1 e 2 non sono in alcun modo operanti per:

- i nuovi Iscritti a SaluteMia che nel 2025 erano già iscritti ad altra Mutua Sanitaria Integrativa/Cassa di assistenza sanitaria/Fondo Sanitario Integrativo, e che sottoscrivono uno o più Piani sanitari di SaluteMia entro il 31/03 della ricorrenza anniversaria del presente Piano sanitario. Si precisa che la garanzia per l'iscritto e relativi eventuali familiari inseriti decorrerà dal giorno del bonifico e verrà garantita la continuità assicurativa con la precedente copertura, sempreché l'iscrizione a SaluteMia avvenga entro e non oltre la scadenza della precedente copertura.

- Si intendono escluse tutte quelle forme di coperture di assistenza sanitaria integrativa non di emanazione da parte dei soggetti giuridici appena citati.

Fermo restando quanto già previsto al punto "Norme per l'ingresso in copertura", si intendono per tutti e in ogni caso, escluse dalla copertura le spese per:
– qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione (salvo quanto previsto nei precedenti paragrafi);
– malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
– cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 90 giorni successivi allo stesso;
– prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
– tutte le prestazioni afferenti ad una fecondazione non fisiologica (assistita);
– infortuni derivanti da atti dolosi dell'Iscritto (è operante invece per gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi);
– infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
– aborto volontario non terapeutico;
– prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica

ricostruttiva resi necessari da infortunio) e/o non conseguenti a patologia;
– le protesi di qualsiasi altro tipo (escluse le endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) quali - a titolo esemplificativo - apparecchi acustici, plantari e simili;
– trattamenti sclerosanti;
– trattamenti fisioterapici e trattamenti rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini, salvo quanto previsto nelle varie sezioni del presente Piano Sanitario;
– le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazione dell'atomo, naturali o provocate e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio- attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)
– le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
– prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause ed alle conseguenze di tali infermità;
– le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
In deroga alla inoperatività delle coperture per "prestazioni rese a persone affette da infermità mentali", anche per gli Iscritti affetti da patologie mentali e disturbi psichici saranno attivabili le coperture previste dal Piano Sanitario, in base alla Legge n. 18 del 3 marzo 2009, recante la ratifica e l'esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006.

13 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

13.1 Estensione territoriale

Il Piano Sanitario ha validità in tutto il mondo.

13.2 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 UniSalute dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, verrà restituita con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

14 CONTRIBUTI ANNUI PIANO SANITARIO BASE E INTEGRATIVI

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.

Ai contributi annui va aggiunta la quota di associativa annua a SaluteMia

PIANO SANITARIO BASE

Per ogni singolo Iscritto Titolare, che su base volontaria intendesse sottoscrivere il presente Piano	Contributo annuo (per adesioni nel 1° semestre)	Contributo per adesioni nel 2° semestre
Per persona con età compresa tra 0 e 29 anni (compresi)	€ 315,00	€ 189,00
Per persona con età compresa tra i 30 e i 35 anni (compresi)	€ 410,00	€ 246,00
Per persona con età compresa tra i 36 e i 40 anni (compresi)	€ 473,00	€ 284,00
Per persona con età compresa tra 41 e 47 anni (compresi)	€ 688,00	€ 413,00
Per persona con età compresa tra 48 e 55 anni (compresi)	€ 793,00	€ 476,00
Per persona con età compresa tra 56 e 65 anni (compresi)	€ 966,00	€ 580,00
Per persona con età compresa tra 66 e 75 anni (compresi)	€ 1.381,00	€ 829,00
Per persona con età compresa tra 76 e 85 anni (compresi)	€ 1.691,00	€ 1015,00
Per persona con età maggiore di 86 anni	€ 1.874,00	€ 1.125,00

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 1 – RICOVERI

Per ogni singolo Iscritto Titolare, che su base volontaria intendesse sottoscrivere il presente Piano	Contributo annuo (per adesioni nel 1° semestre)	Contributo per adesioni nel 2° semestre
Per persona con età compresa tra 0 e 29 anni (compresi)	€ 268,00	€ 161,00
Per persona con età compresa tra i 30 e i 35 anni (compresi)	€ 352,00	€ 211,00
Per persona con età compresa tra i 36 e i 40 anni (compresi)	€ 373,00	€ 224,00
Per persona con età compresa tra 41 e 47 anni (compresi)	€ 478,00	€ 287,00
Per persona con età compresa tra 48 e 55 anni (compresi)	€ 494,00	€ 296,00
Per persona con età compresa tra 56 e 65 anni (compresi)	€ 583,00	€ 350,00
Per persona con età compresa tra 66 e 75 anni (compresi)	€ 793,00	€ 476,00
Per persona con età compresa tra 76 e 85 anni (compresi)	€ 1.024,00	€ 615,00
Per persona con età maggiore di 86 anni	€ 1.150,00	€ 690,00

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 2 – SPECIALISTICA

Per ogni singolo Iscritto Titolare, che su base volontaria intendesse sottoscrivere il presente Piano	Contributo annuo (per adesioni nel 1° semestre)	Contributo per adesioni nel 2° semestre
Per persona con età compresa tra 0 e 29 anni (compresi)	€ 294,00	€ 176,00
Per persona con età compresa tra i 30 e i 35 anni (compresi)	€ 336,00	€ 202,00
Per persona con età compresa tra i 36 e i 40 anni (compresi)	€ 347,00	€ 208,00
Per persona con età compresa tra 41 e 47 anni (compresi)	€ 557,00	€ 334,00
Per persona con età compresa tra 48 e 55 anni (compresi)	€ 573,00	€ 344,00
Per persona con età compresa tra 56 e 65 anni (compresi)	€ 625,00	€ 375,00
Per persona con età compresa tra 66 e 75 anni (compresi)	€ 777,00	€ 466,00
Per persona con età compresa tra 76 e 85 anni (compresi)	€ 809,00	€ 485,00
Per persona con età maggiore di 86 anni	€ 908,00	€ 545,00

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 3 – SPECIALISTICA PLUS!

Per ogni singolo Iscritto Titolare, che su base volontaria intendesse sottoscrivere il presente Piano	Contributo annuo (per adesioni nel 1° semestre)	Contributo per adesioni nel 2° semestre
Per persona con età compresa tra 0 e 29 anni (compresi)	€ 247,00	€ 148,00
Per persona con età compresa tra i 30 e i 35 anni (compresi)	€ 520,00	€ 312,00
Per persona con età compresa tra i 36 e i 40 anni (compresi)	€ 520,00	€ 312,00
Per persona con età compresa tra 41 e 47 anni (compresi)	€ 378,00	€ 227,00
Per persona con età compresa tra 48 e 55 anni (compresi)	€ 378,00	€ 227,00
Per persona con età compresa tra 56 e 65 anni (compresi)	€ 436,00	€ 262,00
Per persona con età compresa tra 66 e 75 anni (compresi)	€ 541,00	€ 325,00
Per persona con età compresa tra 76 e 85 anni (compresi)	€ 572,00	€ 344,00
Per persona con età maggiore di 86 anni	€ 620,00	€ 372,00

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 4 – ODONTOIATRIA

Per ogni singolo Iscritto Titolare, che su base volontaria intendesse sottoscrivere il presente Piano	Contributo annuo (per adesioni nel 1° semestre)	Contributo per adesioni nel 2° semestre
Per persona con età compresa tra 0 e 29 anni (compresi)	€ 168,00	€ 101,00
Per persona con età compresa tra i 30 e i 35 anni (compresi)	€ 263,00	€ 158,00
Per persona con età compresa tra i 36 e i 40 anni (compresi)	€ 263,00	€ 158,00
Per persona con età compresa tra 41 e 47 anni (compresi)	€ 347,00	€ 208,00
Per persona con età compresa tra 48 e 55 anni (compresi)	€ 347,00	€ 208,00
Per persona con età compresa tra 56 e 65 anni (compresi)	€ 352,00	€ 211,00
Per persona con età compresa tra 66 e 75 anni (compresi)	€ 441,00	€ 265,00
Per persona con età compresa tra 76 e 85 anni (compresi)	€ 567,00	€ 340,00
Per persona con età maggiore di 86 anni	€ 641,00	€ 385,00

- **Il contributo per singolo iscritto differisce per età dello stesso e per il/i Piano/i cui lo stesso ha aderito/i (BASE e INTEGRATIVI 1, 2, 3, 4).**
- **Dal terzo figlio (compreso) in poi il premio annuo per il solo Piano Base è gratuito;**
- **Sconto del 40% per il secondo figlio se in età 0-18 anni compresi, ferma la gratuità dal terzo figlio.**

15 CONTRIBUTI ANNUI PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS

Ai contributi annui va aggiunta la quota di iscrizione annua a SaluteMia.

OPTIMA SALUS – Single

Fascia di età	Contributo annuo per persona (solo titolare) per adesioni nel 1° semestre	Contributo annuo per persona (solo titolare) per adesioni nel 2° semestre
Per persona con età compresa tra 0 e 29 anni (compresi)	€ 321,00	€ 193,00
Per persona con età compresa tra 30 e 35 anni (compresi)	€ 444,00	€ 267,00
Per persona con età compresa tra 36 e 40 anni (compresi)	€ 444,00	€ 267,00
Per persona con età compresa tra 41 e 47 anni (compresi)	€ 649,00	€ 390,00
Per persona con età compresa tra 48 e 55 anni (compresi)	€ 751,00	€ 451,00
Per persona con età compresa tra 56 e 65 anni (compresi)	€ 1.086,00	€ 652,00
Per persona con età compresa tra 66 e 75 anni (compresi)	€ 1.338,00	€ 803,00
Per persona con età compresa tra 76 e 85 anni (compresi)	€ 1.562,00	€ 937,00
Per persona con età maggiore di 86	€ 1.796,00	€ 1.078,00

OPTIMA SALUS – Nucleo familiare

Fascia di età	Contributo annuo per persona (con nucleo familiare) per adesioni nel 1° semestre	Contributo annuo per persona (con nucleo familiare) per adesioni nel 2° semestre
Per persona con età compresa tra 0 e 29 anni (compresi)	€ 441,00	€ 265,00
Per persona con età compresa tra 30 e 35 anni (compresi)	€ 1.103,00	€ 662,00
Per persona con età compresa tra 36 e 40 anni (compresi)	€ 1.147,00	€ 688,00
Per persona con età compresa tra 41 e 47 anni (compresi)	€ 1.308,00	€ 785,00
Per persona con età compresa tra 48 e 55 anni (compresi)	€ 1.367,00	€ 821,00
Per persona con età compresa tra 56 e 65 anni (compresi)	€ 1.698,00	€ 1.019,00
Per persona con età compresa tra 66 e 75 anni (compresi)	€ 2.654,00	€ 1.593,00
Per persona con età compresa tra 76 e 85 anni (compresi)	€ 3.190,00	€ 1.914,00
Per persona con età maggiore di 86	€ 3.465,00	€ 2.079,00

ALLEGATI

16 ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (PIANO SANITARIO BASE)

Rientrano nella presente copertura esclusivamente gli interventi chirurgici di seguito elencati.

Cellule staminali

- Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche- effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea

Chirurgia cardiovascolare

- sostituzione della valvola aortica attraverso l'arteria femorale o succlavia (TAVI): con plafond di € 35.000
- 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 sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sul cuore
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Interventi sull'aorta addominale
- Safenectomia della grande safena
- nterventi per corpi estranei del 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
- Intervento per gozzo retrosternale
- 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 chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne
- 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
- Interventi sull'esofago cervicale
- 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 con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche
- 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 per pancreatiche acuta o cronica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica
- 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 nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Interventi per ulcera peptica post-anastomotica
- Interventi per via laparotomica per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
- Interventi per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
- Interventi per via laparotomica per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino
- Interventi per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino
- Resezione intestinale

- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per megacolon
- Fistole entero-enteriche
- Anastomosi entero esofagee
- Polipectomia per via laparotomica
- Polipectomia

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

Chirurgia 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
- Isterectomia radicale
- 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

- Sacrocolpopessi per colpocistorettocele --> correzione utero-vaginale

Neurochirurgia
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranio plastica
- Interventi di neuorochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o trans-orale
- Interventi per ernia del disco e/o per mieolopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sull'ipofisi per via tran 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
- Cordotomia 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 midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione dei tumori 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
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti 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

- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
- Artroprotesi carpale
- Vertebrotomia
- Corporectomia 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 timpano-giugulari
- 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 ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivi della 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 per neoplasie maligne della lingua e/o del pavimento orale e/o con eventuale 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 orbitatrio
- 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 orchiectomia con 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
- Amputazione totale del pene

17 ALLEGATO B - ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI (PIANO SANITARIO BASE)

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
- Aritmie 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 mista
- 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 le 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

18 ALLEGATO C – TARIFFARIO DENTARIE (PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 4 - ODONTOIATRIA)

A	IGIENE E PREVENZIONE			
Codice	**Tipo di prestazione**	**Tariffa (€)**	**Vincoli tecnici sulle prestazioni**	**Limiti temporali alle prestazioni**
01	Visita odontoiatrica	42,50		1 ogni 12 mesi (1)
02	Ablazione tartaro	53,75		1 ogni 12 mesi
B	**CURE DI 1° LIVELLO (emergenza - prime cure)**			
Codice	**Tipo di prestazione**	**Tariffa (€)**	**Vincoli tecnici sulle prestazioni**	**Limiti temporali alle prestazioni**
03	Rx endorale (per due elementi)	17,50	(2)	2 ogni 12 mes
04	Estrazione di dente o radice	85,00		2 ogni 12 mes
05	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	186,25	comprovata da rx	1 ogni 12 mesi (1)
06	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	372,50	comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
07	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	96,25	(3)	2 ogni 12 mesi
08	Terapia endodontica ad un canale	138,75	(4)	2 ogni 12 mesi
09	Terapia endodontica a due canali	181,25	(4)	2 ogni 12 mesi
10	Terapia endodontica a tre o quattro canali	233,75	(4)	2 ogni 12 mesi
11	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	160,00		1 volta ogni 36 mesi
C	**CURE DI 2° LIVELLO**			
Codice	**Tipo di prestazione**	**Tariffa (€)**	**Vincoli tecnici sulle prestazioni**	**Limiti temporali alle prestazioni**
12	Ortopantomagrafia	37,50		
13	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	42,50	esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
14	Rizectomia - per elemento	138,75	comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
15	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	318,75	comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
16	Rizotomia e relative endorali	127,50	comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
17	Interventi di piccola chirurgia orale (fenulectomia - incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose - opercolotomia - intervento chirurgico prepotesico) e relative endorali	127,50	comprovata da rx o foto digitale endorale	2 ogni 12 mesi

18	Placca occlusale o bite	425,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 24 mesi
19	Molaggio selettivo per arcata	63,75	indipendentement e dal numero di	1 sola volta
20	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	318,75	da allegare alla	1 sola volta

D	**CURE DI 3° LIVELLO**			
Codice	**Tipo di prestazione**	**Tariffa (€)**	**Vincoli tecnici sulle prestazioni**	**Limiti temporali alle prestazioni**
21	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.N.P. (lega non preziosa)	191,25		1 sola volta
22	Corona fusa o elemento di protesi fissa in L.P. (lega preziosa)	230,00		
23	Corona in ceramica o elemento di ponte in L.N.P. e ceramica	237,50		
24	Corona in ceramica o elemento di ponte in L.P. e ceramica o titanio (Contributo erogabile solo dietro rilascio del certificato di conformità)	460,00		
25	Corona fusa fresata	222,50		
26	Corona oro ceramica fresata	310,00		
27	Intarsio in composito	213,75		
28	Intarsio in ceramica	198,75		
29	Onlay in composito	278,75		
30	Onlay in ceramica vetrosa	345,00		
31	Protesi mobile totale per arcata con denti in resina	658,75		1 sola volta
32	Perno moncone su dente naturale	115,00	comprovata da rx	1 sola volta
33	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli similari non nobili - compresi i ganci - arcata superiore	260,00		
34	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli similari non nobili - compresi i ganci - arcata superiore *(costo non distinto tra struttura ed elementi)*	233,75		
35	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli similari non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore	260,00		
36	Protesi scheletrata mobile in cromo cobalto o metalli similari non nobili - compresi i ganci - arcata inferiore *(costo non distinto tra struttura ed elementi)*	233,75		

37	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata superiore	536,25		
38	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata superiore *(costo non distinto tra struttura ed elementi)*	482,50		
39	Protesi scheletrata in L.P. o titanio - compresi i ganci - arcata inferiore	536,25		

(1) per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. Non rimborsabile se seguita da piano di cure,
(2) se non già compresa nella prestazione,
(3) compreso eventuale incappucciamento della polpa,
(4) compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali; comprovate da rx

19 ALLEGATO D – PUNTEGGIO RELATIVO ALLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (PIANO SANITARIO BASE)

ATTIVITÀ ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA	PUNTEGGIO
FARSI IL BAGNO	
1° grado l'Iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	**0**
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	
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 o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	**5**
3° grado l'Iscritto necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo e sia per la parte inferiore del corpo	**10**
IGIENE DEL CORPO	
1° grado l'Iscritto è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i 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 imo 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**
MOBILITA'	
1° grado l'Iscritto è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal tetto e di muoversi senza assistenza di terzi	**0**
2° grado l'Iscritto necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche con apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	**5**
3° grado l'Iscritto necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi	**10**

CONTINENZA	
1° grado l'Iscritto è completamente continente	**0**
2° grado l'Iscritto presenta incontinenza di mina o feci al massimo una volta al giorno	**5**
3° grado l'Iscritto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	**10**
BERE E MANGIARE	
1° grado l'Iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	**0**
2° grado l'Iscritto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: – sminuzzare/tagliare cibo – sbucciare la frutta – aprire un contenitore/una scatola – versare bevande nel bicchiere	**5**
3° grado l'Iscritto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	**10**

20 ALLEGATO E – TARIFFARIO FISIOTERAPIA (PIANO SANITARIO INTEGRATIVO 2 E 3 – SPECIALISTICA E SPECIALISTICA PLUS!)

DESCRIZIONE	IMPORTO IN EURO
RIABILITAZIONE	
Rieducazione cardiopatici (a seduta)	€ 15,00
Rieducazione neuromotoria (a seduta)	€ 15,00
FISIOTERAPIA (TERAPIA CON MEZZI FISICI)	
Diatermia onde corte/microonde (marconi o radarterapia)	€ 9,00
Elettroterapia antalgica (diadinamiche o TENS)	€ 8,00
Elettroterapia di muscoli normo o denervati (Elettrostimolazioni, faradica, galvanica, idrogalvanica, interferenziale)	€ 8,00
HILT Terapia	€ 10,00
Irradiazione infrarossa	€ 8,00
Ionoforesi	€ 8,00
Ipertermia segmentaria	€ 10,00
Laserterapia antalgica	€ 15,00
Magnetoterapia	€ 10,00
Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti molli, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali: a seduta (massimo rimborsabile 10 sedute l'anno)	€ 45,00
Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti osteo-articolari, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali: a seduta (massimo rimborsabile 10 sedute l'anno)	€ 55,00
Pressoterapia o presso - depressoterapia intermittente	€ 10,00
Tecarterapia	€ 12,00
Terapia a luce ultravioletta o applicazione PUVA	€ 10,00
Ultrasonoterapia	€ 10,00
KINESITERAPIA (TERAPIA DI MOVIMENTO)	
Esercizi assistiti in acqua	€ 15,00
Esercizi con attrezzature per isocinetica	€ 15,00
Esercizi posturali	€ 8,00
Rieducazione motoria	€ 8,00
Massoterapia	€ 8,00
Mobilizzazioni articolari	€ 10,00
Mobilizzazioni vertebrali	€ 10,00
Terapia occupazionale	€ 12,00
Trazioni vertebrali meccaniche	€ 10,00

21 ALLEGATO F – ELENCHI PIANO SANITARIO OPTIMA SALUS

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

1. **Tumori benigni**, vengono compresi in copertura quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.
2. **Trapianti**: tutti, inclusi autotrapianto e trapianti autologhi.
3. **Neurochirurgia:**

- Cranio e sistema nervoso centrale e periferico
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Cranioplastiche
- Operazioni endocraniche per ascesso od ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta
- Operazioni per encefalo-meningocele
- Lobotomia ed altri interventi di psicochirurgia
- Talatomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomia e altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Emisferectomia
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splenici
- Vagotomia per via toracica

4. **Faccia e bocca**

- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Correzione naso a sella
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Demolizione dell'osso frontale
- Resezione facciale per neoformazioni maligne
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario

- Resezione del mascellare superiore
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare (trattamento chirurgico e ortopedico)
- Fratture dei mascellari superiori (trattamento chirurgico e ortopedico)

5. Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

6. Esofago

- Interventi per diverticolo/i dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell' ulcera peptica postoperatoria

7. Torace

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare dellamammaria interna e del cavo ascellare
- Interventi sul mediastino per tumori
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumectomia
- Decorticazione polmonare
- Pleuro pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi per fistole bronchiali cutanee
- Asportazione del timo
- Toracoplastica totale

8. Chirurgia cardiaca

- Pericardiectomia
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
- Commissurotomia
- Operazione per embolia della arteria polmonare
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta
- Sostituzione valvolare con protesi
- Infartectomia in fase acuta
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- By-pass aorto-coronarico con vena
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo o doppio
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenicopericardica
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore

9. Stomaco e duodeno

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Cardiomiotomia extramucosa

10. Peritoneo e intestino

- Laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- Idem con lesioni dell'intestino-resezione intestinale
- Occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale
- Resezione del tenue
- Resezione ileocecale
- Colectomia segmentaria
- Colectomia totale

11. Retto

- Amputazione del retto per via sacrale
- Amputazione del retto per via addomino perineale

12. Fegato e vie biliari

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica
- Epatico e coledocotomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrotomia, colecisti e enterostomia)
- Trapianto di fegato

13. Pancreas e milza

- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas
- Enucleazione delle cisti
- Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
  - totale o della testa
  - della coda
- Splenectomia
- Anastomosi porta-cava e spleneo-renale
- Anastomosi mesenterica-cava

14. Vasi

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, liache
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima o iliaca
- Disostruzione by-pass aorta addominale
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale

15. Pediatria

- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogenea e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia dell'esofago
- Fistola dell'esofago
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare-abbassamneto addomino perineale
- Megauretere:
  - resezione con reimpianto,
  - resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Megacolon - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

16. Ortopedia e traumatologia

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Artroprotesi di anca
- Protesi di femore
- Artroprotesi di gomito
- Protesi di Thompson
- Protesi di spalla e gomito
- Protesi di polso
- Protesi di ginocchio
- Vertebrotomia

17. Urologia

- Intervento per fistola vescico-rettale
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia
- Ileocisto plastica- colocisto plastica
- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Intervento per estrofia della vescica
- Nefrectomia allargata per tumore

- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- Cura chirurgica di fistola ureterale
- Nefroureterectomia totale
- Surrenalectomia e altri interventi sulla capsula surrenale

18. Apparato genitale

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Metroplastica
- Panisterectomia radicale per via addominale
- Panisterectomia radicale per via vaginale
- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomia totale

19. Oculistica

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculactomia

20. Otorinolaringoiatria

- Chirurgia della sordità otosclerotica
- Timpanoplastica
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Chirurgia translabirintica della vertigine
- Decompressione del nervo facciale
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia
- Resezione del nervo petroso superficiale

21. Laringe

- Laringectomia orizzontale sopraglottica
- Laringectomia parziale verticale
- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia

GRAVI MALI

a) Infarto miocardico acuto
b) Neoplasie
c) Leucemia
d) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale
e) Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)
f) Gravi eventi morbosi “similari” per tipologia, evento, diagnosi, cura, etc. a quelli indicati alle lettere precedenti