

Piano sanitario

soci dell'Associazione Compagnia delle Opere Milano

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in calce);
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- pacchetto maternità;
- protesi/ausili medici ortopedici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni di implantologia;
- avulsione fino ad un massimo di 4 denti (senza successiva applicazione di impianti);
- sindrome metabolica;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata in favore dei soci della Hygeia Mutua Sanitaria ed in regola con il pagamento della quota associativa minima annua deliberata dal CDA di Hygeia e dalle eventuali successive delibere di variazione della suddetta quota.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO IN CALCE)

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nel 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) 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.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

g) Post ricovero

g1) Post-ricovero in forma diretta

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, **effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero**, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. **La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.**

g2) post ricovero in forma rimborsuale

le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero**, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. **Queste prestazioni vengono prestate in forma esclusivamente rimborsuale.**

Nel caso di utilizzo del SSN sono rimborsati integralmente i ticket.

3.2 TRASPORTO SANITARIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO INCALCE)

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

3.3 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in calce)" e 3.2 "trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (come da elenco in calce)" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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

3.4 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di €. 10.000,00.

3.5 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

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

punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in calce)":

- lett. a) "Pre ricovero";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
- lett. g) "Post-ricovero";

punto 3.2 "Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (come da elenco in calce)";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e del seguente:

punto 3.4 "Neonati";

che viene liquidato alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

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

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite di un massimale di €. 8.000,00 per intervento, con l'applicazione di uno scoperto del 20% e con il minimo non indennizzabile di €. 2.000,00 per intervento ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco in calce)":

- lett. d) "Retta di degenza";

- lett. e) "Accompagnatore";
 - lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
 - lett. g) "Post-ricovero";
- punto 3.2 "Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (come da elenco in calce)";
 punto 3.4 "Neonati";
 che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.6 "Indennità Sostitutiva".

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

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

3.6 INDENNITA' SOSTITUTIVA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COMEDA ELENCO IN CALCE)

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per i primi 30 giorni, mentre di € 100,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 31° giorno fino al 100° giorno per ricovero.

3.7 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 90.000,00 per persona.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologia apparato osteoarticolare (rientrano gli rx colonna vertebrale)
- Mammografia bilaterale
- Ortopanoramica
- Rx di organo apparato
- Rx Endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Stratigrafia

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Cisternografia
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clismo opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia / colangiografia per cutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia

- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sono isterografia e/o sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino/stomaco con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria
- Eco addome superiore e inferiore
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche trans rettale

Ecocolordopplergrafia

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

Tomografia computerizzata (tc)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- T.c. con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (rm)

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

Pet

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo-distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

- Elettromiografia
 - Campimetria
 - Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
 - Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
 - Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
 - Elettroencefalogramma
 - Elettroretinogramma
 - Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
 - Ph metria esofagea gastrica
-

- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazioni sanitarie diagnostiche (biopsie)

- Biopsia tc guidata
- Biopsia muscolare
- Biopsia prostatica
- Mapping vescicole

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, la Società garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica e dell'eventuale costo operativo, con un sottomassimale di € 2.000

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

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 35,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura stessa al momento della fruizione della prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 6.000,00 per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE

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

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 20,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Assicurato alla struttura stessa al momento della fruizione della prestazione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00 per persona. **6.**

TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

La Società provvede anche al rimborso dei ticket di Pronto Soccorso.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 500,00 per persona.

7. PACCHETTO MATERNITA'

Rientrano in garanzia le seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- ecografie;
- amniocentesi;
- villocentesi;
- analisi clinico chimiche;
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n° 6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di franchigie e scoperti.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di scoperti e franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica o lettera di dimissioni, la Società corrisponderà un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico.

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 1.000,00 per persona.

8. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche.

Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che siano appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali:

- carrozzelle;
- tripodi;
- plantari;
- calzature ortopediche;
- cavigliere;
- busti e corsetti ortopedici;
- ginocchiere;
- ed ogni dispositivo elastomerico e/o di trazione.

Per poter ottenere il rimborso sarà necessario inviare copia della prescrizione medica attestante la necessità dell'utilizzo dei presidi e degli ausili ortopedici con l'indicazione della patologia.

Sarà inoltre necessario inviare copia della fattura o dello scontrino nel quale sia indicato il prodotto acquistato o noleggiato e, nei casi in cui dallo scontrino non si evinca la tipologia del prodotto, sarà necessario inviare una dichiarazione del venditore timbrata e sottoscritta, indicando il prodotto acquistato e noleggiato.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale. Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% per fattura.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.500,00 per persona.

9. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO O DI UNA DELLE PATOLOGIE ELENcate

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **a seguito di infortunio e in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie particolari sotto-specificate.**

Sono inoltre comprese le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) solo 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 analgici.

Patologie particolari:

- Ictus cerebrale
- Forme neoplastiche
- Forme neurologiche degenerative o neuro miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, Alzheimer, morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica, Morbo di Huntington.

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Le spese sostenute in strutture sanitarie private o in libera professione vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 350,00 per persona. E' previsto un sottomassimale di €. 250,00 per l'agopuntura.

10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

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

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

La presente garanzia viene prestata esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 50% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

11. PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

Viene previsto un massimale di € 2.300,00 per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo.

11.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone **relativi ai 3 o più impianti**.

La presente garanzia viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

11.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 1.100,00 nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone **relativi ai 2 impianti**.

La presente garanzia viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

Qualora, nel corso della medesima annualità assicurativa, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 9.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 1.100,00 previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

11.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 600,00 nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone **relativi all'impianto**.

La presente garanzia viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

12. AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (SENZA SUCCESSIVA APPLICAZIONE DI IMPIANTI)

La garanzia opera nel caso di **avulsione fino ad un massimo di 4 denti l'anno**.

La presente garanzia viene prestata solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società. Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti all'effettuazione della prestazione.

13. SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

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

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

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

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

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

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

14. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
 - Velocità di eritrosedimentazione (VES)
 - Glicemia
 - Azotemia (Urea)
 - Creatininemia
 - Colesterolo Totale e colesterolo HDL
 - Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
 - Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
-

- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni (prevenzione oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni (prevenzione oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

15. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-822495 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate** con la Società.

c) Pareri medici immediati

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

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomia o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia Femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodullectomia mammaria (sono ricomprese anche le nodullectomie per patologie benigne)

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococchi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia
- Interventi sul cuore per via toracotomia
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia
- Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
 - Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
 - Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
 - Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
 - Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
 - Appendicectomia con peritonite diffusa
 - Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
 - Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
 - Drenaggio di ascesso epatico
-

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomia
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatiche acute o croniche per via laparotomica
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- 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

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovesiclectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- 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 distrofie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo liberomicrovascolare.

CHIRURGIA MAXILLO -FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche