RICOVERO, PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO COME DA ELENCO ALLEGATO, IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

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, intendendo per tali uno di quelli elencati al successivo punto Elenco Interventi Chirurgici, può godere delle seguenti prestazioni:

PRE-RICOVERO

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **50 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale con un sottolimite di spesa annuo di **€ 1.000,00** condiviso con il punto Post-ricovero.

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.

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**.

RETTA DI DEGENZA

Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con UniSalute per il Fondo Sanedil, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300,00 al giorno**.

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 UniSalute per il Fondo Sanedil, la copertura è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30 giorni** per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00** al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

POST-RICOVERO

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei **50 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
È previsto un sottolimite di spesa annuo di **€ 1.000,00** condiviso con il punto Pre-ricovero.

a1) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil ed effettuate da medici convenzionati.
In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil, per il tramite di UniSalute, alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcun importo non indennizzabile, ad eccezione delle seguenti:

- punto "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio":
  - lett. "Pre-ricovero";
  - lett. "Assistenza infermieristica privata individuale";
- punto "Trasporto sanitario";

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

- punto "Neonati";

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

a2) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil ed effettuate da medici non convenzionati.
Qualora, in una struttura convenzionata venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità e alle medesime condizioni previste in caso di ricovero in strutture non convenzionate (punto b).

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate.
Esclusivamente nel caso di assenza di strutture convenzionate nel raggio di 15km dal luogo di domicilio/residenza dell'assicurato, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con i limiti previsti al punto "a1) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute per il Fondo Sanedil ed effettuate da medici convenzionati".

c) Prestazioni in strutture del 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 copertura prevista al punto "Indennità Sostitutiva".
Qualora l'Iscritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Fondo rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti; in aggiunta all'importo complessivo dell'Indennità sostitutiva. Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate".

TRASPORTO SANITARIO

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 500,00** per ricovero.

TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo liquida le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.
Nel caso di donazione da vivente, la copertura garantisce 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.

NEONATI

Fondo Sanedil, attraverso UniSalute, provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nei primi 3 anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni* congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero (come da elenco allegato) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari) avrà diritto a un'indennità di **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ogni ricovero.
NB: La prima giornata di ricovero in Istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.
Le spese relative alle coperture di "pre" e "post ricovero" in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di scoperti e franchigie ed assoggettate ad un limite di spesa annuo pari a **€ 1.000,00**.

IL LIMITE DI SPESA ANNUO PER L'AREA RICOVERO

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta per anno associativo ammonta a **€ 90.000,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure a **€ 135.000,00** se è presente in copertura il nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di usufruire di ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che dovessero accadere nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

In deroga a quanto previsto al Capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 18, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- Rx colonna vertebrale in toto
- 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

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturetrografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia

- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino 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

Diagnostica per immagini

Ecografie
- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale

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

Alta Diagnostica per immagini

Tomografia computerizzata (tc)
- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc 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 organodistretto - apparato

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

Diagnostica strumentale
- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma

- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

Biopsie
- Tutte

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

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

Terapie
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo Sanedil, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia o il quesito diagnostico.
L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito esclusivamente nel caso di assenza di strutture convenzionate nel raggio di 15 km dal luogo di domicilio/residenza dell'iscritto e le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 35,00 per prestazione / ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale il Fondo rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto senza l'applicazione di scoperti e franchigie.

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 7.000,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di € **10.500,00** se è presente in copertura il nucleo familiare.

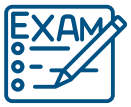
Per le prestazioni "Endoscopie diagnostiche" e operative, è previsto un sottolimite annuo di **€ 500,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **€ 750,00** se è presente in copertura il nucleo familiare.

VISITE SPECIALISTICHE
Garanzia valida per l'Iscritto ed il relativo nucleo familiare

Il Fondo Sanedil, attraverso UniSalute, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.
Per l'attivazione della copertura 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.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e **personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture medesime con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 25,00** per ogni visita specialistica.
L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito esclusivamente nel caso di assenza di strutture convenzionate nel raggio di 15 km dal luogo di domicilio/residenza dell'iscritto e le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni visita specialistica.
Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto senza l'applicazione di scoperti e franchigie.

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 1.050,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **1.575,00** se è presente in copertura il nucleo familiare.



TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

Il Fondo provvede al rimborso dei ticket sanitari a carico dell'Iscritto conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale senza l'applicazione di scoperti e franchigie:

- per accertamenti diagnostici (non previsti al punto "alta specializzazione");
- di pronto soccorso;

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 500,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **€ 750,00** se è presente in copertura il nucleo familiare.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

La disponibilità per annualità assicurativa per il complesso delle prestazioni sotto indicate ai punti "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante" corrisponde a **€ 350,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **€ 525,00** se è presente in copertura il nucleo familiare.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e **personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture medesime con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 25,00** per ogni ciclo terapia.
L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito esclusivamente nel caso di assenza di strutture convenzionate nel raggio di 15 km dal luogo di domicilio/residenza dell'iscritto e le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni prestazione/ciclo terapia.
Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto senza l'applicazione di scoperti e franchigie.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto al Capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 18, il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.
Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI PATOLOGIA TEMPORANEAMENTE INVALIDANTE

In deroga a quanto previsto al Capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 18, il Fondo provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di patologia temporaneamente invalidante come da elenco sottostante, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di famiglia" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.
Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Elenco delle patologie in seguito alle quali è prevista la copertura:
- Malattie cardiovascolari temporaneamente invalidanti
- Malattie neurologiche temporaneamente invalidanti
- Interventi di protesizzazione temporaneamente degli arti
- Fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI
Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

Il Fondo provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in **strutture sanitarie** e **personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**.
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.

Pacchetto Base Donna/Uomo dai 18 anni
- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico

Per le donne dai 18 anni
- Pap-test

A - Prevenzione cardiovascolare
Età minima 40 anni donna/uomo
Spesa massima autorizzata 210,00 euro per gli iscritti di entrambi i sessi e di ogni età che si sottopongano ai seguenti accertamenti:

a) diagnostica ematochimica caratterizzata da:
- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Trigliceridi
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:
- Visita specialistica cardiologia
- Ecg basale e da sforzo

B - Prevenzione delle patologie oncologiche genitali femminili e mammarie
Per donne di età superiore a 50 anni
Spesa massima autorizzata 170,00 euro per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ematochimica caratterizzata da:
- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia

- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:
- Visita ginecologica e pap test

C - Prevenzione delle patologie oncologiche prostatiche
Per uomini di età superiore a 50 anni
Spesa massima autorizzata 170,00 euro per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ed ematochimica basata su:
- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale ed Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:
- Visita specialistica urologia
- Ecografia prostatico vescicale
- Dosaggio Psa

In caso di utilizzo **di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese per le prestazioni vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza l'applicazione di scoperti o franchigie, entro i limiti previsti.
L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito esclusivamente nel caso di assenza di strutture convenzionate nel raggio di 15 km dal luogo di domicilio/residenza dell'iscritto e le spese sostenute vengono liquidate senza l'applicazione di scoperti o franchigie, entro i limiti previsti.

PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE
Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche. Necessaria la prescrizione con indicazione della motivazione.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del **20%** con un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 500,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **€ 750,00** per il nucleo familiare.

LENTI
Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

Il Fondo rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto. Il Fondo provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per prestazione.

Per l'attivazione è necessaria la certificazione del medico oculista dell'SSN/oculista privato attestante la variazione del visus o in alternativa la certificazione dell' optometrista il cui titolo si evinca dalla documentazione.

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 155,00** se è presente in copertura solo Iscritto oppure di **€ 230,00** per il nucleo familiare.

GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O GRAVI PATOLOGIE - Garanzia valida per il solo Iscritto

Il Fondo rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi;
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo sp. o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

Si precisa che la copertura è operante solamente qualora:

- **l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso e deve essere avvenuto durante l'operatività del Piano sanitario;**
- **le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del Piano sanitario.**

Si precisa che nel computo della percentuale di invalidità permanente verranno prese in considerazione solo le conseguenze dirette dell'infortunio, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 7.000,00** per Iscritto. Tale limite di spesa è fruibile nel corso dei primi tre anni del presente Piano sanitario.

SERVIZIO MONITOR SALUTE
Garanzia valida per il solo Iscritto

UniSalute, per il tramite del Fondo, offre per gli iscritti di età maggiore di 40 anni un servizio di monitoraggio dei valori clinici per le seguenti patologie croniche: patologie croniche respiratorie (BPCO), ipertensione e diabete.
UniSalute, per il tramite del Fondo, mette a disposizione un sistema di tecnologia avanzato che permette la misurazione dei parametri clinici direttamente al domicilio. Dopo la compilazione di un questionario, viene consegnato gratuitamente al paziente un dispositivo medico per eseguire delle misurazioni direttamente da casa. I valori dei pazienti vengono monitorati costantemente da una Centrale Operativa, composta da infermieri specializzati che, intervengono laddove si presentino degli alert clinici e svolgono una funzione di coaching e formazione a supporto dell'empowerment del paziente.
Il vantaggio per il paziente è quello del miglioramento nella gestione della patologia grazie ad una maggiore aderenza al proprio piano di cura e ad una migliore consapevolezza del proprio stato di salute.

VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, il Fondo provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sotto indicate.
Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e **personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza applicazione di alcun importo non indennizzabile.
Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura
è di **€ 300,00** per Iscritto.

MATERNITÀ/GRAVIDANZA
Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

Il Fondo provvede al pagamento delle seguenti spese per il controllo in gravidanza:
- le ecografie, nel numero massimo di 2.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e **personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza applicazione di alcun importo non indennizzabile.
Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritta.

INDENNITÀ O DIARIA IN CASO DI POSITIVITÀ COVID-19
Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO IN CASO DI POSITIVITÀ COVID-19 (CORONAVIRUS)

Il Fondo si obbliga a corrispondere per ogni giorno di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Sinistro avvenuto durante l'operatività del Piano sanitario nel quale risulti positività al virus COVID-19 (tampone positivo Coronavirus) una diaria giornaliera di **€ 40,00** con un massimo di **30 giorni** indennizzabili nel periodo associativo per ciascun Iscritto.
Il giorno di entrata e quello di uscita si considerano un solo giorno.

DIARIA POST RICOVERO A SEGUITO DI TERAPIA INTENSIVA PER COVID-19 (CORONAVIRUS)

Successivamente alla dimissione ed esclusivamente nel caso in cui durante il Ricovero sia stato necessario il ricorso alla Terapia Intensiva con intubazione dell'Iscritto, è prevista una diaria per la convalescenza complessivamente pari a **€ 40,00** per un massimo di **30 giorni**.

L'INDENNITÀ GIORNALIERA E LA DIARIA POST RICOVERO NON SONO CUMULABILI TRA DI LORO.

PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE
Garanzia valida per l'intero nucleo familiare

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario o per esaurimento del limite di spesa annuo o perché inferiore ai minimi non indennizzabili e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere comunque **alla Centrale Operativa** la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un'autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

ELENCO INTERVENTI
CHIRURGICI

Qualsiasi neoplasia maligna di organo od apparato. La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da certificazione bioptica istologica o citologica. Chiaramente saranno ammissibili anche interventi con diagnosi di malignità accertata istologicamente dopo l'intervento.

NEUROCHIRURGIA
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco a livello cervicale e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

OTORINOLARINGOIATRIA
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

CHIRURGIA DEL COLLO
- Tiroidectomia totale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasverso
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 40
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica

UROLOGIA
- Surrenalectomia
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA
- Isterectomia con eventuale annessectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE
- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

TRAPIANTI DI ORGANO
- Tutti