

BASE

san|edil
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

GUIDA

al Piano Sanitario

FONDO SANEDIL

Fondo Sanitario
Lavoratori Edili



In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" la Società informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 051 - 7096892 - e-mail reclami@unisalute.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.fondosanedit.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.

*Le prestazioni del piano
sono garantite da:*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

GUIDA

al Piano Sanitario

**GARANZIE OPERANTI PER IL PERIODO
01/10/2020 - 31/05/2021***

*Periodo di effettiva validità del Piano.

BASE

SOMMARIO



P. 6 BENVENUTO



P. 6 COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO



P. 9 LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA



P. 10 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

P. 11 RICOVERO, PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO COME DA ELENCO ALLEGATO, IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Trasporto sanitario

Trapianti

Neonati

Indennità sostitutiva con pre e post ricovero

Il limite di spesa annuo per l'area ricovero

P. 14 ALTA SPECIALIZZAZIONE

P. 17 VISITE SPECIALISTICHE

P. 17 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

P. 17 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante

P. 19 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

P. 19 IMPLANTOLOGIA

Applicazione di tre o più impianti

Applicazione di due impianti

Applicazione di un impianto

Avulsione fino ad un massimo di 4 denti
(solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia)

P. 21 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

P. 21 CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE

P. 22 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

P. 22 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

P. 23 LENTI

P. 23 GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE
DA INFORTUNIO SUL LAVORO O GRAVI PATOLOGIE

P. 23 SERVIZIO MONITOR SALUTE

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

P. 24 MATERNITÀ/GRAVIDANZA

P. 25 SEZIONE COVID-19

Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività Covid-19 (Coronavirus)

Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per Covid-19 (Coronavirus)

P. 25 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE



P. 26 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO



P. 27 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

P. 27 ESTENSIONE TERRITORIALE

P. 27 LIMITI DI ETÀ

P. 28 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)



P. 28 ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI



BENVENUTO

La “**Guida al Piano sanitario**” è un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.



COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO

STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON UNISALUTE PER FONDO SANEDIL

Fondo Sanedil, attraverso UniSalute, ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

Come prenotare le prestazioni presso le strutture convenzionate

Se l'iscritto al Fondo Sanedil ha bisogno di prenotare una prestazione sanitaria nelle strutture convenzionate ha due possibilità:

- può rivolgersi alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento
- oppure può rivolgersi al Facilitatore-Delegato

Se l'iscritto si rivolge direttamente alla Cassa Edile/Edilcassa:

- compila il modulo di richiesta di prestazione che si trova scaricabile dal sito del fondo Sanedil www.fondosanedil.it
- spiega la propria esigenza e consegna all'Addetto della Cassa Edile/Edilcassa l'eventuale prescrizione medica contenente la richiesta della prestazione

Se l'iscritto si rivolge al Facilitatore-Delegato:

- compila il modulo di richiesta di prestazione che si trova scaricabile dal sito del fondo Sanedil www.fondosanedil.it e lo consegna al Facilitatore-Delegato
- spiega la propria esigenza e consegna al Facilitatore-Delegato l'eventuale prescrizione medica contenente la richiesta della prestazione

- Il Facilitatore-Delegato prende in carico la richiesta, si rivolge presso la Cassa Edile/Edilcassa di riferimento e richiede l'autorizzazione per l'effettuazione della prestazione richiesta dall'iscritto.

In entrambi i casi, presso la Cassa Edile/Edilcassa, l'addetto verificherà i requisiti di iscrizione al Fondo Sanedil e sarà possibile quindi avviare due tipi di processo per prenotare la prestazione in rete:

1) "PROCESSO COMPLETO":

Se la prestazione è in copertura, sarà l'addetto della Cassa Edile/ Edilcassa a completare la prenotazione per la prestazione richiesta quando gli saranno forniti dall'iscritto, o dal Facilitatore-Delegato in sua vece, gli estremi dell'appuntamento: nome della struttura scelta, nome del medico, data e ora.

2) "ITER AUTORIZZATIVO":

Se la prestazione è in copertura, l'addetto della Cassa Edile/ Edilcassa aprirà la richiesta, ma sarà l'iscritto a completare la prenotazione della prestazione utilizzando il link che UniSalute gli manderà tramite sms/mail e seguendo la procedura indicata di seguito.

Se l'iscritto ha scelto di ricevere da UniSalute il messaggio di autorizzazione a prenotare la prestazione autonomamente ("Iter autorizzativo"), cosa deve fare?

L'iscritto deve:

- aprire il messaggio di autorizzazione ricevuto da UniSalute
- cliccare sul link "strutture convenzionate"
- visualizzare la lista delle strutture convenzionate proposte nelle vicinanze dell'indirizzo di riferimento fornito
- scegliere la struttura sanitaria che preferisce
- contattare la struttura indicando sempre di essere assicurato con UniSalute e fissare l'appuntamento
- comunicare a UniSalute, cliccando sull'apposito link presente nel messaggio, la data e l'ora dell'appuntamento.

L'iscritto può anche scegliere una struttura differente rispetto a quelle proposte presenti al link del messaggio che gli è arrivato:

- va sul sito del fondo all'indirizzo www.fondosanedil.it e nella apposita sezione scarica l'elenco delle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil
- sceglie la struttura sanitaria che preferisce
- contatta la struttura indicando sempre di essere assicurato con UniSalute e fissa l'appuntamento
- torna nel messaggio che ha ricevuto e, all'apposito link, comunica a UniSalute la struttura, il medico e la data e l'ora dell'appuntamento.

In seguito UniSalute invia all'iscritto un messaggio/mail di conferma ad effettuare la prestazione prenotata.

Al momento della prestazione, l'iscritto deve presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della patologia o del quesito diagnostico e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. Per quesito diagnostico si intende la diagnosi già accertata o sospettata, oppure il sintomo prevalente che deve essere riportato sulla richiesta di esami o visite mediche.

Il Fondo Sanedil, attraverso UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. L'iscritto dovrà sostenere le spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

RIMBORSO DEI TICKET PRESSO IL SISTEMA SANITARIO

NAZIONALE (SSN) O DELLE FATTURE PRESSO STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE (fuori rete valido nel solo caso di provincia priva di strutture convenzionate per la prestazione richiesta)

Come richiedere il rimborso per prestazioni previste nel piano sanitario e avvenute presso il Sistema Sanitario Nazionale – SSN (Ticket) o presso una struttura sanitaria non convenzionata nel solo caso di provincia priva di strutture convenzionate

Se l'iscritto al Fondo Sanedil ha bisogno di richiedere il rimborso di una prestazione sanitaria già avvenuta ha due possibilità:

- può rivolgersi alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento
- oppure può rivolgersi al Facilitatore-Delegato

In entrambi i casi l'iscritto deve:

- compilare il modulo di richiesta di prestazione che si trova scaricabile dal sito del fondo Sanedil www.fondosanedil.it
- fornire il modulo compilato e la documentazione richiesta nelle specifiche garanzie alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento o al Facilitatore-Delegato

In entrambi i casi presso la Cassa Edile/Edilcassa, l'addetto verificherà i requisiti di iscrizione al Fondo Sanedil e avvierà il processo di richiesta di rimborso.

Di seguito viene 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 scaricabile dal sito del Fondo Sanedil;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero e ad esso connesso, 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;
- eventuale altra documentazione medica richiesta alle specifiche coperture;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, il Fondo Sanedil, attraverso UniSalute, avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

Il Fondo Sanedil, attraverso UniSalute, potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

La Cassa Edile/Edilcassa di riferimento inoltrerà tutta la documentazione per il rim-

borso a UniSalute che, dopo avere fatto le opportune verifiche invierà all'iscritto SMS/mail con l'esito del rimborso.

Se l'iscritto vuole conoscere lo stato di valutazione delle proprie pratiche di rimborso potrà sempre fare riferimento, anche per il tramite del Facilitatore-Delegato, alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.



LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore dei lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Sanedil ai quali si applica uno dei CCNL di cui all'art 1 dello statuto del Fondo o che comunque siano dipendenti di imprese iscritte alle Casse Edili/EdilCasse costituite dalle parti istitutive del Fondo medesimo.



LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

BASE

Il **Piano Sanitario** è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano Sanitario per le seguenti prestazioni:

- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO;**
- **PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE;**
- **VISITE SPECIALISTICHE;**
- **TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E DI PRONTO SOCCORSO;**
- **TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI;**
- **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI;**
- **IMPLANTOLOGIA;**
- **INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO;**
- **CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE;**
- **PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI;**
- **PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE;**
- **LENTI;**
- **GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O DA GRAVI PATOLOGIE;**
- **MONITOR SALUTE;**
- **MATERNITÀ/GRAVIDANZA**

SEZIONE COVID-19:

IL PIANO SANITARIO È OPERANTE IN CASO DI RICOVERO A SEGUITO DI INFEZIONE DA COVID-19 DIAGNOSTICATA:

- **INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO IN CASO DI POSITIVITÀ COVID-19 (CORONAVIRUS);**
- **DIARIA POST RICOVERO A SEGUITO DI TERAPIA INTENSIVA PER COVID-19 (CORONAVIRUS).**



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

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 9, 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 sottolimito 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 sottolimito 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.

Qualora l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, ad esclusione di quanto previsto ai punti "Trapianti" e "Neonati", le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Iscritto nel limite di **€ 8.000,00** per intervento con l'applicazione di uno **scoperto del 20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per intervento. Nel calcolo dello scoperto non vengono prese in considerazione le seguenti voci:

- punto "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio":
 - lett. "Retta di degenza";
 - lett. "Accompagnatore";
 - lett. "Assistenza infermieristica privata individuale";

- punto "Trasporto sanitario";

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

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 **€ 300,00** 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 **€ 6.000,00** 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 **€ 90,00** 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 eventuali limiti previsti al punto "Ricovero, per grande intervento chirurgico come da elenco allegato, in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" 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 a **€ 55.000,00** per anno associativo e per Iscritto. 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

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
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sono-salpingografia
- 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
- Wirsunggrafia

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 reperi

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 **€ 45,00** 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 a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In caso di utilizzo di strutture non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 45,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia o il quesito diagnostico.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale il Fondo rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 20,00** per prestazione/ciclo terapia.

La disponibilità annua per la presente copertura è di **€ 3.000,00** per Iscritto.
Per le prestazioni "Endoscopie diagnostiche e operative, è previsto un sottolimito annuo di **€ 300,00** per Iscritto.



VISITE SPECIALISTICHE

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.

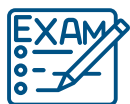
I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

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 **€ 35,00** per ogni visita specialistica.

L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 35,00** 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 con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 20,00** per ogni visita specialistica.

La disponibilità annua per la presente copertura è di **€ 300,00** per l'Iscritto.



TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Il Fondo provvede al rimborso dei ticket sanitari a carico dell'Iscritto conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 20,00** per ogni ticket:

- per accertamenti diagnostici (non previsti al punto 4. "alta specializzazione";
- di pronto soccorso;

La disponibilità annua per la presente copertura è di **€ 300,00** per l'Iscritto.



TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

La disponibilità annua 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 **€ 150,00** per l'Iscritto.

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 **€ 35,00** per ogni ciclo terapia.

L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per ogni ciclo terapia.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Iscritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 20,00** per ogni ciclo terapia.



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 ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto al Capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil 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'Iscritto, il medico riscontri, in accordo con il Fondo, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno associativo, il Fondo 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 da UniSalute per il Fondo Sanedil, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a UniSalute.

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

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 uno scoperto del **40%** che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria al momento dell'emissione della fattura.



IMPLANTOLOGIA

In deroga a quanto previsto al Capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

La disponibilità annua per prestazioni di implantologia dentale è di **€ 1.200,00**.

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 l'applicazione di alcun importo non indennizzabile.

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 alcun importo non indennizzabile.

Si specifica che:

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



APPLICAZIONE DI TRE O PIÙ IMPIANTI

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

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

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa a disposizione sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.



APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un sottolimito di spesa annuo di **€ 750,00** nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

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

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa a disposizione sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

- Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la copertura prevista al punto "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimito di **€ 750,00** previsto in questa copertura, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.



APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottolimito di spesa annuo di **€ 375,00** nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

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

- Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa a disposizione sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.



AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (SOLO SE RESA NECESSARIA DA UNA PRESTAZIONE DI IMPLANTOLOGIA)

La copertura opera nel caso di avulsione resa necessaria da una prestazione di implantologia fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate si specifica che:

- 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'Iscritto alla struttura convenzionata.



INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

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

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- rimozione di impianto dislocato all’interno del seno mascellare

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

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per rimozione d’impianto dislocato nel seno mascellare, e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare, rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- radiografie, referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma

La disponibilità annua per la presente copertura è di **€ 1.200,00** per Iscritto.

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 l’applicazione di alcun importo non indennizzabile.

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 alcun importo non indennizzabile.



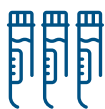
CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE

In deroga a quanto previsto al Capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, il Fondo provvede al pagamento di prestazioni per cure odontoiatriche conservative.

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 con l’applicazione di uno scoperto del **40%** che dovrà essere versato dall’Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell’emissione della fattura.

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 annua per la presente copertura è di **€ 60,00** per Iscritto.



PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

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



PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

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 annua per la presente copertura è di **€ 300,00** per Iscritto.



LENTI

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 fattura/persona.

Per l'attivazione è necessaria la certificazione del medico oculista dell'SSN o oculista privato attestante la variazione del visus.

La disponibilità annua per la presente copertura è di **€ 30,00** per Iscritto.



GRAVE INABILITA' DETERMINATA DA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O GRAVI PATOLOGIE

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 annua per la presente copertura è di **€ 4.200,00** per Iscritto.
Tale limite di spesa è fruibile nel corso dei primi tre anni del presente Piano sanitario.



SERVIZIO MONITOR SALUTE

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 (asma bronchiale e BPCO), ipertensione e diabete.

UniSalute, per il tramite del Fondo, mette a disposizione un sistema di tecnologia avanzata 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 annua per la presente copertura è di **€ 300,00** per Iscritto.



MATERNITA'/GRAVIDANZA

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.



SEZIONE COVID-19



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 30 giorni.

LE INDENNITÀ DI CUI AI PRECEDENTI PUNTI 6.16.1 E 6.16.2 NON SONO CUMULABILI TRA DI LORO.



PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

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 fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.



CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano Sanitario.

Il Piano Sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario salvo quanto previsto al punto "Neonati".
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
8. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
9. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
10. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
12. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
13. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
14. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
15. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
17. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
18. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
19. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste ai punti relativi alle coperture Odontoiatriche il Piano sanitario non è operante per:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Grave Inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie", in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

- Sono escluse le invalidità permanenti dovute a malattie mentali e disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- Gli infortuni pregressi e le malattie insorte precedentemente all'effetto del Piano sanitario.

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

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



ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI



ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano Sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.



LIMITI DI ETÀ

Il Piano Sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **70°** anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento del **71°** anno d'età da parte dell'iscritto.



GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Sanedil

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

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 il Fondo dovesse richiedere all'Isritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc...) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.



ATTENZIONE

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.



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 biotipica 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 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 echinococchi 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 echinococchi 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

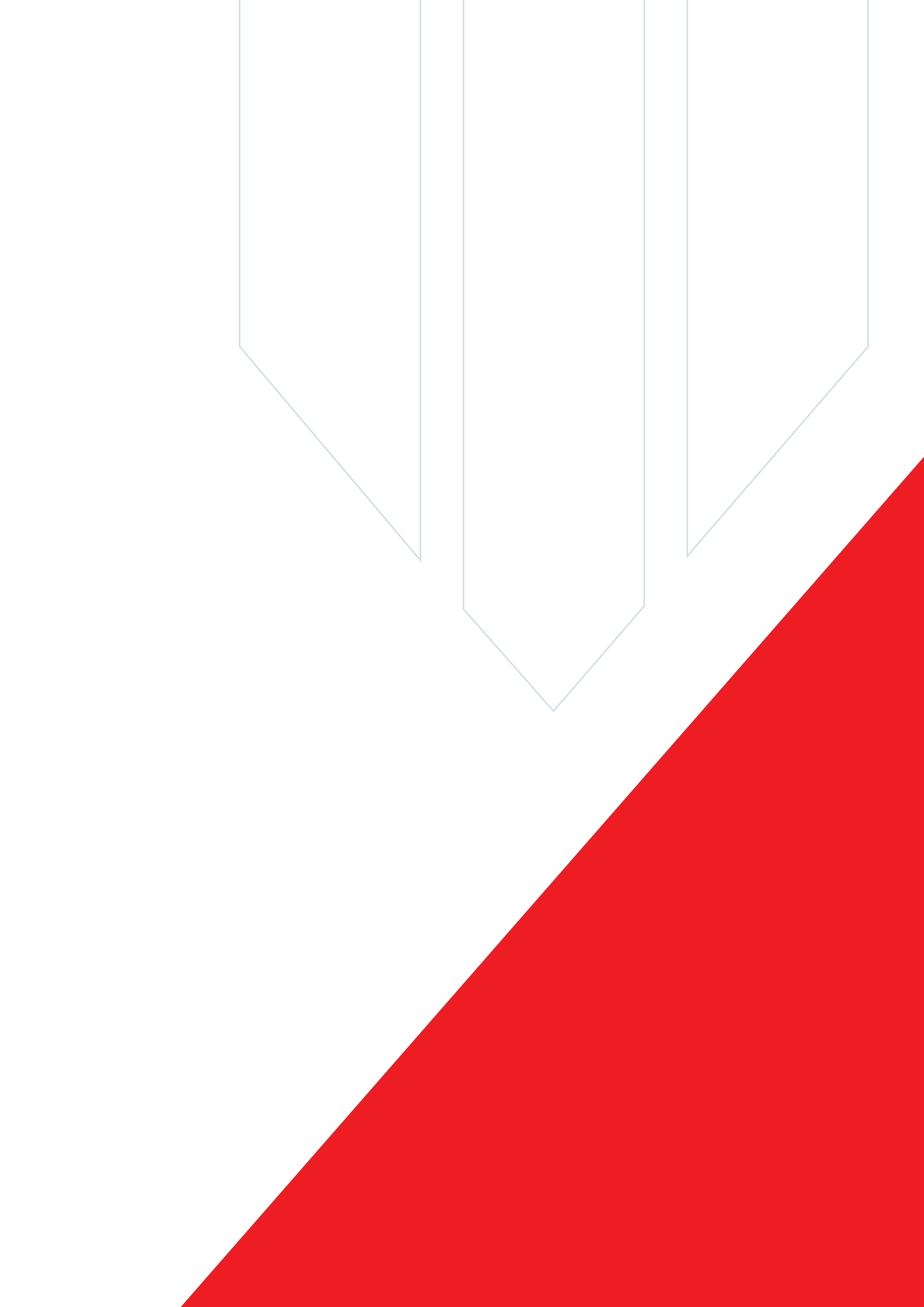
- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione 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





FONDO SANEDIL

Fondo Sanitario Lavoratori Edili

Via G. A. Guattani 24, 00161 Roma

WWW.FONDOSANEDIL.IT