NUOVO PIANO SANITARIO UNICO PLUS

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.fondosanedil.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

san edil
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

GUIDA
al Piano Sanitario

GARANZIE OPERANTI PER IL PERIODO
01/10/2023 - 31/12/2024

NUOVO PIANO SANITARIO UNICO PLUS

SOMMARIO

P. 6 BENVENUTO

P. 6 LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

P. 7 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

P. 8 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. 11 ALTA SPECIALIZZAZIONE

P. 14 VISITE SPECIALISTICHE

P. 15 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

P. 15 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante

P. 16 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

P. 17 IMPLANTOLOGIA

- Applicazione di tre o più impianti
- Applicazione di due impianti
- Applicazione di un impianto

P. 18 AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI

P. 19 ORTODONZIA

P. 19 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO
P. 20 CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE
P. 20 PROTESI MOBILI DENTARIE
P. 21 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. 24 SERVIZIO MONITOR SALUTE
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche
P. 24 MATERNITÀ/GRAVIDANZA
P. 25 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

P. 25 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

P. 26 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI
P. 26 ESTENSIONE TERRITORIALE
P. 26 LIMITI DI ETÀ
P. 26 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)

P. 27 ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

GUIDA
al **Piano Sanitario**

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.

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, e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge fiscalmente a carico risultante da stato di famiglia ed i figli fiscalmente a carico.

LE PRESTAZIONI
DEL PIANO SANITARIO

NUOVO PIANO SANITARIO UNICO PLUS

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;**
- **AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI;**
- **ORTODONZIA;**
- **INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO;**
- **CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE;**
- **PROTESI MOBILI DENTARIE;**
- **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.**

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 per nucleo familiare di **€ 1.250,00** 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 per nucleo familiare di **€ 1.250,00** 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 **€ 12.500,00** 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 per nucleo familiare pari a **€ 1.250,00**.

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 **€ 112.500,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure a **€ 168.750,00** 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 **€ 8.750,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **€ 13.125,00** se è presente in copertura il nucleo familiare.

Per le prestazioni "Endoscopie diagnostiche" e operative, è previsto un sottolimite annuo di **€ 625,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **€ 937,50** 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 **€ 1.312,50** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **€ 1.968,75** 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 **€ 625,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **€ 937,50** 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 **€ 437,50** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **€ 656,25** 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 ODONTOIATRICHE PARTICOLARI
Garanzia valida per l'Iscritto e relativo nucleo familiare

In deroga a quanto previsto 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 Fondo Sanedil indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, in strutture sanitarie non convenzionate e nel Servizio Sanitario Nazionale.** 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 **25%** che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria al momento dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo di **strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate con un massimale **di € 35,00 per fattura/persona una volta all'anno**.
In caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture del **Servizio Sanitario nazionale** o da esso accreditate, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

IMPLANTOLOGIA
Garanzia valida per l'Iscritto e relativo nucleo familiare

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 per annualità assicurativa condivisa tra il titolare e il relativo nucleo familiare per prestazioni di implantologia dentale è di **€ 3.500,00**.

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 di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale non convenzionato con UniSalute**, le spese vengono rimborsate senza l'applicazione di alcun importo non indennizzabile entro un sottomassimale annuo di **€ 3.000,00**.

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.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** o di **personale non convenzionato con UniSalute**, dovrà essere presentato anche lo specifico modulo di richiesta contenente il diario clinico redatto a cura dell'odontoiatra.

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 sottolimite di spesa annuo a persona di **€ 2.187,50** 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.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato con UniSalute, il sottomassimale annuo per l'applicazione di due impianti corrisponde a **€ 1.750,00** a persona.

- 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 sottolimite di **€ 2.187,50** a persona (€ 1.750,00 a persona nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato con UniSalute) previsto in questa copertura, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottolimite di spesa annuo di **€ 1.137,50** a persona 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.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato con UniSalute, il sottomassimale annuo per l'applicazione di un impianto corrisponde a **€ 912,50** a persona.

AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI
Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

La copertura opera fino ad un massimo di 4 denti l'anno per nucleo familiare.
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.

In caso di utilizzo di **strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di scoperti o franchigie, con un **sottomassimale** di € 100,00 per avulsione ricompreso nel massimale previsto per l'implantologia nelle strutture o di personale non convenzionato.
Le avulsioni sono previste solo all'interno del piano di cura d'implantologia così come previsto all'art. "Implantologia" e devono risultare nella stessa documentazione di spesa.

ORTODONZIA
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 3, il Fondo provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche anche di tipo diagnostico.

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 **25%** che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo **di strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 50% per fattura e un sottomassimale di € 1.200,00 per anno/nucleo familiare.

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.

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 2.500,00** per nucleo.

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO
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 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 per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 3.750,00** per 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 alle strutture medesime senza l'applicazione di alcun importo non indennizzabile.

In caso di utilizzo **di strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di scoperti o franchigie con un sottomassimale di **€ 2.000,00** per anno/nucleo familiare.

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
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 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 **25%** che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo **di strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 40% per fattura con un sottomassimale di € 200,00 per anno/nucleo familiare.

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 **€ 250,00** per nucleo familiare.

PROTESI MOBILI DENTARIE
Garanzia valida per l'Iscritto e il relativo nucleo familiare

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, il Fondo provvede al pagamento delle protesi mobili dentarie.

In caso di utilizzo **di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 25% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo **di strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 40% per fattura.

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

La diponibilità annua assicurativa per la presente prestazione è di **€ 625,00** per nucleo familiare con un sottomassimale di **€ 500,00** in caso di utilizzo di strutture o personale non convenzionato.

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 **€ 625,00** se è presente in copertura il solo Iscritto oppure di **€ 937,50** 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 prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 193,75** se è presente in copertura solo Iscritto oppure di **€ 287,50** 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 la presente copertura è di **€ 8.750,00** 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 **€ 375,00** 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.

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 massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato alla Cassa Edile/Edilcassa, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

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 ra-

diazioni 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 80° anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 81° 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'Iscritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora il Fondo dovesse richiedere all'Iscritto 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 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

FONDO SANEDIL

Fondo Sanitario Lavoratori Edili
Via G. A. Guattani 24, 00161 Roma

WWW.FONDOSANEDIL.IT