



Guida al Piano Sanitario



DIPENDENTI AUTONOLEGGIO

Per tutte le prestazioni previste dal
Piano Sanitario diverse dal Ricovero

www.unisalute.it

Per tutte le prestazioni dell'area
Ricovero è opportuno contattare
preventivamente il

800 - 822454

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:

8,30 - 19,30 dal lunedì al venerdì

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

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

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna
fax 051- 6386125 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'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'ISVAP 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.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Guida al Piano sanitario dipendenti Autonoleggio

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la convenzione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Il Piano sanitario è stato realizzato da CASSAGEST in collaborazione con UniSalute S.p.A. (società di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. specializzata in assistenza sanitaria). Le prestazioni vengono gestite ed erogate da UniSalute S.p.A.



UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

1.	SOMMARIO	5
2.	BENVENUTO	6
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	6
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	6
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ON - LINE FORNITI DA UNISALUTE	9
4.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'area clienti riservata?	9
4.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.4.	Come faccio a chiedere online il rimborso di una prestazione?	10
4.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto online e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.7.	Come posso ottenere pareri medici online?	11
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	12
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	12
6.1.	Pacchetto maternità	12
6.2.	Prestazioni di alta specializzazione	13
6.3.	Visite specialistiche e ticket per accertamenti diagnostici	15
6.4.	Prestazioni odontoiatriche particolari	16
6.5.	Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche ed ortodonzia	16
6.6.	Prestazioni diagnostiche particolari	17
6.7.	Servizi di consulenza	18
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	18
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	20
8.1.	Inclusioni/esclusioni	20
8.2.	Estensione territoriale	21
8.3.	Limiti di età	21
8.4.	Gestione dei documenti di spesa	21
8.5.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	22
9.	CONTRIBUTI	22

2. BENVENUTO

Con la “Guida al Piano sanitario” intendiamo offrirti un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirti un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della tua collaborazione.

All’interno della Guida troverai quindi l’indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano.

Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

I nuovi servizi online offerti da UniSalute

Da oggi puoi accedere a tanti comodi servizi online, creati apposta per te, per semplificare e velocizzare al massimo tutte le tue operazioni: dalle tue richieste di rimborso alla prenotazione delle prestazioni sanitarie, dall’aggiornamento dei tuoi dati alla visualizzazione delle prestazioni del Piano. E tanto altro ancora. Per saperne di più consulta il capitolo 4 della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute, ha predisposto per gli Iscritti un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private.

L’elenco, sempre aggiornato, è disponibile su www.unisalute.it nell’area riservata ai clienti o telefonando alla Centrale Operativa.

Tutti i centri garantiscono un’ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L’Iscritto, utilizzando le strutture convenzionate, gode di vantaggi rilevanti:

- non deve sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal Piano alle singole coperture) poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario, la funzione di Prenotazione visite/esami presente nell’Area Riservata ai Clienti del sito www.unisalute.it che permette di sapere immediatamente se la prestazione che si sta prenotando è coperta dal Piano Sanitario e se i medici scelti sono convenzionati, oppure la Centrale Operativa contattabile mediante il numero verde indicato nel retro della copertina;

- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari che garantiscono alti livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata da UniSalute), l'Isritto dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie **autorizzate** con i limiti sopra enunciati.

L'Isritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Isritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre verificare se il medico scelto è convenzionato con UniSalute. Basta utilizzare la funzione di Prenotazione visite/esami sul sito www.unisalute.it nell'Area Riservata ai Clienti. Questa funzione è estremamente utile perché permette di sapere in modo veloce se la prestazione richiesta è coperta dal piano sanitario e se il medico è convenzionato. In alternativa contattare la Centrale Operativa.

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantire all'Isritto la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la facoltà di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute.

In questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole coperture del Piano sanitario.

All'atto delle dimissioni l'Isritto dovrà saldare le fatture e le note spese. Per richiederne il rimborso, l'Isritto deve inviare direttamente alla sede di **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO 40131 Bologna BO**, la documentazione necessaria:

- il modulo di richiesta rimborso compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente Guida oppure sul sito www.unisalute.it al termine della procedura di Richiesta di rimborso online (vedi capitolo 4);
- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- in caso di **odontoatria/ortodonzia**, scheda anamnestica redatta dal medico curante (dentista) allegata alla presente guida.
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in COPIA in cui risulti il quietanzamento. **Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da UniSalute.**

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra.

E' bene sapere che l'Iscritto dovrà consentire controlli medici eventualmente disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi in termini di professionalità, comfort e qualità del servizio. Ma non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., qualora sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto. Per richiedere il rimborso occorre seguire le modalità descritte nel paragrafo precedente (3.3).

4. SERVIZI ON - LINE FORNITI DA UNISALUTE

L'utilizzo di internet ti permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le tue operazioni di rimborso e di aggiornamento dei tuoi dati. In questa sezione ti presentiamo i servizi online a tua disposizione sul sito.

Sul sito www.unisalute.it è possibile accedere ad una serie di funzionalità riservate agli Iscritti, pensate appositamente per agevolarli nell'utilizzo del Piano sanitario.

- Prenotare direttamente online presso le strutture convenzionate le visite o gli esami non connessi ad un ricovero;
- verificare e aggiornare i propri dati e le proprie coordinate bancarie;
- richiedere i rimborsi e stampare il modulo di richiesta rimborso;
- verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviatici;
- consultare l'estratto conto online;
- consultare le prestazioni del proprio Piano sanitario;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate;
- ottenere pareri medici online.

4.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'area clienti riservata?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti che trovi sul sito www.unisalute.it.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia Username e Password?

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione "Registrati" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.

Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Una volta effettuato il log-in al sito, basta cliccare sul Pulsante Blu **“Prenotazione visite/esami”**. In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.

4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **VERDE “aggiorna i tuoi dati”**.

In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Potrai infatti ricevere **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione che ci hai inviato per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **rimborso**.

4.4. Come faccio a chiedere online il rimborso di una prestazione?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **ROSSO “sinistri/rimborsi”**.

La procedura è semplice e ti consente di **velocizzare i tempi di elaborazione dei documenti e quindi di rimborso**. Per permetterti un rapido e corretto caricamento dei documenti relativi alla richiesta di rimborso puoi consultare la guida online "come caricare i documenti" ed utilizzare le note posizionandoti con il puntatore del mouse sopra il simbolo .

Alla fine la procedura propone di stampare il Modulo di richiesta rimborso/denuncia del sinistro.

Per ottenere il rimborso ricordati di stamparlo e di inviarlo a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO 40131 Bologna BO, unitamente a copia di tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui richiedi il rimborso.

4.5. Come faccio a consultare l'estratto conto online e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **ROSSO "sinistri/rimborsi"**.

L'estratto conto online è stato realizzato per fornirti un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Puoi visualizzare tutte le informazioni di tuo interesse:

- quelle personali;
- quelle dell'anno passato per necessità fiscali;
- quelle in corso.

E' inoltre possibile visualizzare lo stato delle richieste di rimborso:

- pagate;
- non rimborsabili;
- in fase di lavorazione.

Inoltre per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

4.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e clicca sul pulsante **ARANCIO "Le prestazioni del tuo piano e le strutture sanitarie convenzionate"**. Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.7. Come posso ottenere pareri medici online?

Nell'Area Clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore dei dipendenti assunti con contratto a tempo indeterminato, ai quali si applica il CCNL Autonomoleggio.

Qualora un dipendente decida di rinunciare alla copertura, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli fiscalmente a carico tutti risultanti dallo stato di famiglia. Per le modalità di estensione verificare il punto 8.1.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

- **Pacchetto maternità;**
- **prestazioni di alta specializzazione;**
- **visite specialistiche e ticket per accertamenti diagnostici;**
- **prestazioni odontoiatriche particolari;**
- **cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia;**
- **prestazioni diagnostiche particolari;**
- **servizi di consulenza.**

6.1. Pacchetto maternità

Il Piano sanitario prevede le seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- **ecografie di controllo, da fruirsì presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute;**
- **amniocentesi, da fruirsì presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute;**
- **analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsì presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute;**
- **visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsì, a scelta dell'Iscritta, sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati con UniSalute;**

- in caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento. La garanzia potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con UniSalute.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente ed integralmente da UniSalute alle strutture stesse.

Si ricorda che per l'attivazione della garanzia è necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al Numero Verde 800 822 454 (dall'estero: +39 0516389046).

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

Le spese sostenute vengono rimborsate da UniSalute integralmente.

Durante il ricovero per parto

- In deroga a quanto previsto all'art. 7 "Casi di non operatività del piano" al punto 1, corresponsione di un'indennità di €. 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 15 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

Dopo il parto

- Viene garantita una visita ginecologica di controllo.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per anno associativo e per nucleo familiare.

6.2. Prestazioni di alta specializzazione

<p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografia • Artrografia • Broncografia • Cisternografia • Cistografia • Cistouretrografia • Clisma opaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Urografia • Vescicolodeferentografia • Videoangiografia • Wirsunggrafia <p>Accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecocardiogramma • Elettroencefalogramma • Elettromiografia • Mammografia o Mammografia Digitale
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Colangiografia intravenosa • Colangiografia percutanea (PTC) • Colangiografia trans Kehr • Colecistografia • Dacriocistografia • Defecografia • Fistelografia • Flebografia • Fluorangiografia • Galattografia • Isterosalpingografia • Linfografia • Mielografia • Retinografia • Rx esofago con mezzo di contrasto • Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto • Rx tenue e colon con mezzo di contrasto • Scialografia • Splenoportografia 	<ul style="list-style-type: none"> • PET • Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) • Scintigrafia • Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) <p>Terapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia • Cobaltoterapia • Dialisi • Laserterapia a scopo fisioterapico • Radioterapia
---	--

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Isritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 25,00 ad invio. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

6.3. Visite specialistiche e ticket per accertamenti diagnostici

6.3.1. Visite specialistiche

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Isritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 25,00 ad invio. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

6.3.2. Ticket per accertamenti diagnostici

UniSalute rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Isritto con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 25,00 ad invio. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura

la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il limite di spesa annuo a disposizione per le prestazioni di cui ai punti 6.3.1 e 6.3.2 ammonta ad € 1.500,00 per nucleo familiare.

6.4. Prestazioni odontoiatriche particolari

A parziale deroga di quanto previsto al capitolo 7 “Casi di non operatività del Piano” al punto 4, il Piano sanitario provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l’anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni 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. Queste prestazioni devono essere effettuate in un’unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l’igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell’Iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell’arco dello stesso anno associativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

6.5. Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche ed ortodonzia

In deroga a quanto previsto al capitolo 7 “Casi di non operatività del Piano” al punto 4, il Piano sanitario provvede al rimborso delle spese per l’acquisto e per l’applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

In aggiunta a quanto previsto al paragrafo 6.4 “Prestazioni odontoiatriche particolari”, rientrano in copertura eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all’applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute al momento dell'emissione della fattura.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per le prestazioni di cui al punto 6.4 e 6.5 è di € 70,00 per nucleo familiare.

6.6. Prestazioni diagnostiche particolari

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

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

- 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
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA

6.7. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-822454** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **051.6389046**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

c) Pareri medici

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

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. i ricoveri, day-hospital, interventi chirurgici ambulatoriali, ad eccezione dei ricoveri per parto previsti al punto 6.1 dove viene prevista la corresponsione di una indennità;
2. le cure per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;

3. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
4. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, fatto salvo quanto previsto ai punti 6.4 “Prestazioni Odontoiatriche Particolari” e 6.5 “Cure Odontoiatriche, Terapie Conservative, Protesi Odontoiatriche e Ortodonzia”;
5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. il trattamento delle malattie conseguenti all’abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all’uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. 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;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall’Iscritto;
10. 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;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
12. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle prestazioni previste al paragrafo 6.5 “Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia” il Piano sanitario non è operante per:

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

* 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.

**La Centrale Operativa è
in ogni caso a disposizione degli Iscritti
per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in
merito a situazioni di non immediata definibilità.**

La copertura per i dipendenti avrà effetto *dalle ore 00.00 del 01/01/2012 in forma rimborsuale, mentre in forma diretta* nelle strutture convenzionate *dalle ore 00.00 del 10/02/2012*.

La copertura *per i familiari* i cui dipendenti abbiano effettuato l'estensione della copertura come indicato al punto 8.1.1, qualora le schede di adesione dei singoli dipendenti dovessero pervenire alla società entro il 10/03/2012, *avrà effetto in forma rimborsuale dalle ore 00.00 del 01/01/2012, mentre in forma diretta*, nelle strutture convenzionate con la Società, avrà effetto *dalle ore 00.00 del 01/04/2012*.

8.1. Inclusioni/esclusioni

1) Inclusione dei familiari (coniuge o convivente "more uxorio" e figli fiscalmente a carico" tutti risultanti dallo stato di famiglia) del dipendente

Il dipendente in servizio all'effetto del contratto, può includere in garanzia il proprio coniuge o il convivente "more uxorio" ed i figli fiscalmente a carico tutti risultanti dallo stato di famiglia.

Il contributo a carico del dipendente per tale estensione ammonta ad € 300,00 annuale per due anni e dovrà essere versato tramite la propria azienda di appartenenza e nelle modalità pattuite con la stessa.

Per formalizzare l'adesione, il dipendente dovrà compilare il modulo appositamente predisposto ed allegato alla presente "MODULO DI RILEVAZIONE DEI DATI" tassativamente entro il 29/02/2012 consegnandolo alla propria direzione del personale; Oltre detto termine, non potranno più essere inseriti i propri familiari.

Alla scadenza del primo biennio i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza del piano sanitario è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dal primo giorno del mese successivo a quello della comunicazione, sempreché questa venga effettuata entro il giorno 25 del mese stesso e sia stato pagato il relativo contributo; in caso contrario tale comunicazione viene considerata come avvenuta nel mese successivo.

3) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto del piano sanitario sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 5 "Le persone per cui è operante la copertura", primo capoverso, decorre dal primo giorno del mese successivo a quello dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro il 25 del mese stesso. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, tale comunicazione viene considerata come avvenuta nel mese successivo.

Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli fiscalmente a carico tutti risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo contributo.

4) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

8.2. Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

8.3. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Isritto titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età da parte dell'Isritto titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare dell'Isritto titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare. Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Isritto.

8.4. Gestione dei documenti di spesa

A) prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e

allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all'Isritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

8.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Isritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Isritto.

9. CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- a) coniuge o convivente "more uxorio" e figli fiscalmente a carico
€. 300,00