



Guida al Piano sanitario 2016

Fondo SANILOG

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario consultare:

www.unisalute.it

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

Numero Verde 800-822481

dall'estero: prefisso per l'Italia
e 0516389046

orari:

08.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

Scarica gratis l'app UniSalute da App Store e Play Store.

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 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.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 Fondo SANILOG

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il contratto, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. Il contratto resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Le prestazioni del piano sono garantite da:



1. SOMMARIO

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 2. | BENVENUTO..... | 7 |
| 3. | COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO..... | 7 |
| 3.1 | Se scegli una struttura convenzionata da Unisalute per il Fondo SANILOG | 7 |
| 3.2 | Se scegli una struttura non convenzionata..... | 8 |
| 3.3 | Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale | 10 |
| 4. | SERVIZI ONLINE E MOBILE | 10 |
| 4.1 | Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate? ... | 11 |
| 4.2 | Come faccio ad aggiornare online i miei dati? | 11 |
| 4.3 | Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione? | 12 |
| 4.4 | Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso? ... | 12 |
| 4.5 | Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate? | 12 |
| 4.6 | Come posso ottenere pareri medici? | 13 |
| 4.7 | Come faccio a scaricare l'app UniSalute? | 13 |
| 5. | LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA | 14 |
| 6. | LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO..... | 14 |
| 6.1 | Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico | 14 |
| 6.2 | Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico..... | 17 |
| 6.3 | Colonscopia e gastroscopia operative a seguito di malattia e infortunio | 17 |
| 6.4 | Trapianti a seguito di malattia e infortunio | 17 |
| 6.5 | Neonati – figli di Iscritti | 18 |
| 6.6 | Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico | 18 |
| 6.7 | Protesi ortopediche | 19 |
| 6.8 | Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio..... | 19 |
| 6.9 | Il limite di spesa annuo dell'area ricovero..... | 19 |
| 6.10 | Prestazioni di alta specializzazione..... | 20 |
| 6.11 | Visite specialistiche | 21 |
| 6.12 | Visite specialistica oculistica per bambini fino ai dieci anni non compiuti | 22 |
| 6.13 | Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso | 23 |
| 6.14 | Trattamenti fisioterapici..... | 23 |
| 6.15 | Maternità/gravidanza | 25 |
| 6.16 | Prestazioni diagnostiche particolari | 26 |
| 6.17 | Diagnosi comparativa..... | 28 |
| 6.18 | Sindrome metabolica | 30 |
| 6.19 | Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie..... | 31 |
| 6.20 | Piani assistenziali per non autosufficienze | 32 |
| 6.21 | Stati di non autosufficienza consolidata/permanente (copertura attivabile solamente a seguito di infortunio professionale/extraprofessionale)..... | 33 |
| 6.22 | Servizi di consulenza e assistenza..... | 40 |
| 7. | CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO | 43 |
| 8. | ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI | 46 |
| 8.1 | Validità territoriale | 46 |
| 8.2 | Limiti di età | 46 |
| 8.3 | Gestione dei documenti di spesa | 47 |
| 8.4 | Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?..... | 47 |
| | ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI..... | 47 |

2. BENVENUTO

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo della copertura sanitaria. All’interno della Guida trovi 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 servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un’area riservata con pratiche funzioni online che velocizzano e semplificano tutte le operazioni legate all’utilizzo del Piano sanitario.

I servizi online sono attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno e sono disponibili anche in versione mobile per smartphone e tablet! 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 da Unisalute per il Fondo SANILOG

UniSalute ha predisposto per gli iscritti al Fondo SANILOG un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile su www.unisalute.it o telefonando alla Centrale Operativa. E’ sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra il Fondo SANILOG, UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

Prenotazione veloce

Prenota online o su app e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Il Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai 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.

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato da UniSalute per il Fondo SANILOG. Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2 Se scegli una struttura non convenzionata

Il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni. Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.

Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invii i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a **Fondo SANILOG – presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- **il modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero per grande intervento chirurgico**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero e ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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

3.3 Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. E' facile e veloce!

Valutazione rimborso in 20 giorni

Chiedi online il rimborso ticket e indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi la valutazione della tua richiesta entro 20 giorni!**

In alternativa, invia a **Fondo SANILOG – presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Sul sito **www.unisalute.it** all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario non connesse ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;**
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie;**
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni e inviare la documentazione direttamente dal sito (upload);**
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario;**
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate;**
- ottenere **pareri medici.**

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

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario.

Accedi all'area clienti e accedi **alla funzione "Prenotazione"**.

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.

Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

4.2 Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area "Aggiorna 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

Ricevi **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 per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **rimborso**.

4.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione **“Rimborsi”** e seleziona la funzione di interesse.

Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invii i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!**

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **Fondo SANILOG – presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

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

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione “Estratto conto”**.

L'estratto conto online è 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.

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.

4.5 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 **accedi all'area “Prestazioni e strutture convenzionate”**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SANILOG.

4.6 Come posso ottenere pareri medici?

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.

4.7 Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area clienti su www.unisalute.it e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

- test visivo;
- test audiometrico;
- qualità del sonno;
- prevenzione dentale: uno strumento "per grandi e piccoli" per una corretta igiene orale.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore dei lavoratori dipendenti di aziende applicanti il CCNL “LOGISTICA E TRASPORTI E SPEDIZIONI”.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario opera in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l’operatività del Piano stesso per le spese sostenute dall’Iscritto per:

PARTE PRIMA

- ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A) ;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- visita specialistica oculistica per bambini fino ai dieci anni non compiuti;
- ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso;
- trattamenti fisioterapici;
- maternità/gravidenza;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- sindrome metabolica;
- diagnosi comparativa;

PARTE SECONDA

- grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie;
- piani assistenziali per non autosufficienze;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente (copertura attivabile solo a seguito di infortunio professionale/extraprofessionale);
- servizi di consulenza e assistenza.

PARTE PRIMA

6.1 Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico

Per interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

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 effettuare un intervento chirurgico può godere delle seguenti prestazioni:

| | |
|---|--|
| Pre-ricovero | Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 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. |
| 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. |
| Rette di degenza | Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, 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, la copertura è prestata nel di limite € 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. |
| 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 100 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. |
|--|--|

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, alle strutture stesse ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica individuale" che prevedono specifici limiti.

Nel caso di *colonscopia* e *gastroscopia operativa*, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 30,00 per prestazione a carico dell'Isritto, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**
L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.000,00 per intervento, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

Il rimborso avverrà nel limite di un plafond di € 8.000,00 per intervento.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

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

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Isritto.

6.2 Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico

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

6.3 Colonscopia e gastroscopia operative a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di colonscopia e gastroscopia operative, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, rimborsa le spese previste al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure" e "Post-ricovero" (nel post ricovero non sono compresi i trattamenti fisioterapici rieducativi e le cure termali) con i relativi limiti in essi indicati.

| |
|---|
| <p>Il sottolimito annuo per la presente copertura è di € 1.000,00 per Isritto.</p> |
|---|

6.4 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo SANILOG rimborsa le spese previste ai paragrafi "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico" e "Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico" 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 prevede 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 e rette di degenza.

6.5 Neonati – figli di Iscritti

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle spese per tutti gli interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite (anche quelli non ricompresi nell’elenco dei grandi interventi), comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell’accompagnatore nell’istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 10.000,00 per Neonato.**

6.6 Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico

L’iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo SANILOG, né per il ricovero a seguito di grande intervento chirurgico (**intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A**) né per altra prestazione ad esso connesso, avrà diritto a un’indennità di **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100** giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell’indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l’importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all’interno dell’Istituto di cura.

L’indennità sostitutiva non è prevista per la copertura di cui al precedente punto “Neonati”.

6.7 Protesi ortopediche

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto e/o applicazione di protesi ortopediche.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00 per Iscritto.

6.8 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio

Il Fondo SANILOG, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, **a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano stesso**, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, alle strutture stesse.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** per sinistro.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 10.000,00 per Iscritto.

6.9 Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono essere rimborsati. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 100.000,00** per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

6.10 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– Colangiografia intravenosa– Colangiografia percutanea (PTC)– Colangiografia trans Kehr– Colecistografia– Dacriocistografia– Defecografia– Fistolografia– Flebografia– Fluorangiografia– Galattografia– Isterosalpingografia– Linfografia– Mielografia– Retinografia– Rx esofago con mezzo di contrasto– Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto | <ul style="list-style-type: none">– Rx tenue e colon con mezzo di contrasto– Scialografia– Splenoportografia– Urografia– Vesciculodeferentografia– Videoangiografia– Wirsunggrafia <p>Accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none">– Colonscopia Diagnostica– Ecocardiografia– Elettroencefalogramma– Elettromiografia– Gastrosopia Diagnostica– Mammografia o Mammografia Digitale– 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 |
|--|---|

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, alle strutture stesse con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, 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.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'60% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. 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.

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

Il Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. 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.

| |
|---|
| <p>La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura è di € 10.000,00 per Isritto.</p> |
|---|

6.11 Visite specialistiche

Il Fondo SANILOG provvede 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 e ortodontiche. 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.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato con il Fondo SANILOG attraverso la Società, e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, alle strutture stesse con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 15,00 per ogni visita specialistica, 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.

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

Il Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, rimborsa i ticket sanitari a carico dell'iscritto al netto di una somma pari a € 10,00 per ogni ticket, che rimarrà a carico dell'iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura
è di € 1.000,00 per Iscritto.**

6.12 Visite specialistica oculistica per bambini fino ai dieci anni non compiuti

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento di una visita oculistica all'anno per ogni figlio dell'iscritto di età **fino ai 10 anni non compiuti**.

La visita oculistica potrà essere effettuata esclusivamente presso le strutture convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Per l'attivazione della copertura non è richiesta alcuna prescrizione medica.

La spesa per la visita oculista verrà liquidata direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, alle strutture medesime senza alcun importo a carico dell'Iscritto.

6.13 Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

Il Fondo SANILOG provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari:

- per accertamenti diagnostici;
- di Pronto Soccorso.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 10,00** per ogni ticket.

La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura è di € 1.000,00 per Iscritto.

6.14 Trattamenti fisioterapici

La disponibilità annua a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente punto "Trattamenti fisioterapici" è di € 700,00 per Iscritto.

Per le prestazioni di cui al punto "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie diverse da quelle elencate al punto "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie/interventi particolari" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio" è previsto un sottolimito di spesa annuo di € 350,00 per Iscritto.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, alle strutture stesse senza

l'applicazione di importi a carico dell'Isritto. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante come sotto indicato.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell' **80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per ogni fattura. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante come sotto indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso in caso di infortunio.

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

Il Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante come sotto indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso in caso di infortunio.

6.14.1 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il Fondo SANILOG 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 base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

-> 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.

6.14.2 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie/interventi particolari

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di una delle patologie

particolari/interventi sotto specificati sempreché siano prescritti da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie Particolari:

- Ictus cerebrale;
- Infarto;
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA);
- Sclerosi Multipla;
- Morbo di Parkinson;
- Demenza senile in stato avanzato (Alzheimer);
- Trattamenti post operatori per Tunnel carpale.

-> 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.

6.14.3 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie diverse da quelle elencate al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie/interventi particolari” e “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio”

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi esclusivamente a seguito di patologie diverse da quelle già elencate al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie/interventi particolari” e al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio”, sempreché siano prescritti da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione. E’ prevista l’agopuntura a fini antalgici.

6.15 Maternità/gravidanza

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle spese per:

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

- Amnioscopia, amniocentesi e villocentesi: per le donne di età \geq 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età <35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1° grado certificata da medico.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo SANILOG ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SANILOG, attraverso UniSalute, alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto.

- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto.

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

Il Fondo SANILOG rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

| |
|--|
| <p>La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per Isritto.</p> |
|--|

In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, il Fondo SANILOG corrisponderà un'indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7** giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico.

6.16 Prestazioni diagnostiche particolari

Il Fondo SANILOG provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate **una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo SANILOG, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorchè 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.

Prestazione previste per gli uomini

- 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

Prestazione previste per le donne

- 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
- Pap test

Prestazione previste per donne e per uomini

- Visita cardiologica con ECG

6.17 Diagnosi comparativa

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, dà la possibilità all'Isritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa **800-822481** l'Isritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, mette a disposizione dell'Isritto i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** Verrà rilasciato all'Isritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico.** attraverso Best Doctors® verrà messo in contatto l'Isritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Isritto.
3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Isritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati, attraverso Best Doctors® si provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il

trasporto in automobile o ambulanza dell'Isritto laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Isritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della copertura, l'Isritto dovrà contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico la documentazione necessaria. Dovrà poi inviare al Fondo SANILOG, presso Unisalute, la documentazione clinica in suo possesso richiesta dal medico, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dal Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, con costi a proprio carico ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

6.18 Sindrome metabolica

Per attivare la copertura l'Isritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio".

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Isritto l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Isritto alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e verranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Isritto verrà contattato dal Fondo SANILOG (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SANILOG indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

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

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Isritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SANILOG.

Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle previste dal Piano sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui alla relativa copertura. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle previste dal Piano sanitario, all'Isritto verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo SANILOG a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

PARTE SECONDA

6.19 Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie

Il Fondo SANILOG rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza (come indicati al successivo punto "PIANI ASSISTENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENZE") 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 spinale o

- pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

Si precisa che la copertura è operante solamente qualora:

- l’infortunio sul lavoro sia documentato da certificato di Pronto Soccorso e sia avvenuto durante l’operatività del Piano sanitario;
- le gravi patologie elencate siano insorte durante l’operatività del Piano sanitario (fatto salvo per la patologia “fibrosi cistica” la quale si considera sempre in copertura).

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

La disponibilità annua a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per Iscritto. Tale limite di spesa è da intendersi contrattuale e quindi fruibile nel corso dei primi tre anni del presente Piano sanitario.

6.20 Piani assistenziali per non autosufficienze

Nei casi di grave inabilità determinata da IP da infortunio sul lavoro o da gravi patologie, oltre a quanto fornito nel punto precedente, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, metterà a disposizione tramite un infermiere Case Manager (ICM) la costruzione di Piani Assistenziali personalizzati socio-assistenziali, fornendo eventualmente, oltre il limite di spesa di cui sopra, anche le tariffe agevolate per badanti e per altre necessità informative/assistenziali domiciliari (il costo della prestazione è a carico dell’Iscritto).

6.21 Stati di non autosufficienza consolidata/permanente (copertura attivabile solamente a seguito di infortunio professionale/extraprofessionale)

6.21.1 Oggetto della copertura

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma prevista mensilmente all'Iscritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo paragrafo "Definizione dello stato di non autosufficienza".

6.21.2 Condizioni di operatività della copertura

Ai fini dell'operatività della copertura, gli Iscritti non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non associabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi,
 - b) lavarsi,
 - c) vestirsi,
 - c) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il **40%**

6.21.3 Somma mensile garantita

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" la somma di spesa mensile garantito corrisponde a **€ 500,00** da corrispondersi per una durata massima di **3** anni.

6.21.4 Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto il cui stato di salute venga giudicato "consolidato" e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- 1) soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle

- norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- 2) nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
 - 3) spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
 - 4) vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente)

e necessiti in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

6.21.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Isritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- a) chiamare il numero verde gratuito **800-822481** (dall'estero numero non gratuito composto da prefisso internazionale per l'Italia + **0516389048**) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre al Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, ai fini della valutazione medica finale;
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Unisalute S.p.A. - servizi di liquidazione – Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
 - il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
 - il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
 - certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Isritto e la relativa

data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);

- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto;
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il Fondo SANILOG attraverso Unisalute ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Isritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto previsto nel Piano sanitario decorre dal momento in cui il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Isritto, sempre che lo stesso si trovi in una situazione di non autosufficienza ovvero si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- 1) soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo). Se una persona ad

- esempio, ha bisogno di aiuto unicamente per lavarsi i capelli non verrà riconosciuta nell'incapacità di lavarsi.
- 2) nutrirsi (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire). Se una persona ad esempio non è in grado di tagliare gli alimenti o aprire le confezioni, non verrà riconosciuta nell'incapacità di nutrirsi.
 - 3) spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio). Se una persona ad esempio può spostarsi da sola con l'aiuto di un bastone, di una stampella, di una carrozzella o di altra attrezzatura adatta, non verrà riconosciuta nell'incapacità di spostarsi da sola.
 - 4) vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente). Se una persona ad esempio ha il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non verrà riconosciuta nell'incapacità di vestirsi.

In risposta, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Isritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la

data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Isritto, dovrà essere inviata a Unisalute. Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni, se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Isritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Isritto.

Unisalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Isritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dalla presente copertura all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dal Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, quando:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Isritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione;
- il contratto sia ancora in vigore.

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto pattuito nel Piano sanitario, con le modalità di cui ai punti "Erogazione diretta della prestazione di assistenza" e "Richiesta di rimborso spese" decorre dal momento in cui la documentazione, richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Isritto, verrà considerata completa.

6.21.6 Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza secondo le condizioni riportate al punto "Definizione dello stato di non

autosufficienza consolidata/permanente” dà diritto all’Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere il rimborso delle spese sanitarie o l’erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti al punto “Somma garantita” - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nel successivo punti:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l’esistenza di un rapporto di lavoro).

L’erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui, la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell’Iscritto, verrà considerata completa.

6.21.7 Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l’Iscritto richieda l’attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati da Unisalute per il Fondo SANILOG, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all’Iscritto né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture del Piano sanitario, eccedenti la somma garantita o non autorizzate dal Fondo SANILOG attraverso Unisalute.

6.21.8 Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Unisalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull’uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto e la relativa data d’insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare

l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto. Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Isritto sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'Isritto viene effettuato su presentazione al Fondo SANILOG, della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Isritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

6.21.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

E' sempre fatta salva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Isritto, a controlli presso l'Isritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni

documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Isritto

In caso di rifiuto da parte dell'Isritto di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta della suddetta documentazione.

6.22 Servizi di consulenza e assistenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-822481 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia 0039 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, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- 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 da UniSalute per il Fondo SANILOG.

I seguenti servizi di consulenza e assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-212477 24 ore su 24, 365 giorni l'anno festivi compresi.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia 0039 051-6389046.

c) Pareri medici

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

d) Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Isritto necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Isritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

e) Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, provvederà nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

Per l'attivazione della copertura, l'Isritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

f) Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di

immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, provvederà nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

Per l'attivazione della copertura, l'Isritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

g) Invio di medicinali a domicilio

L'assistenza sarà prestata qualora l'Isritto necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui.

Il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Isritto, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per Isritto. A carico dell'Isritto resta solo il costo dei medicinali.

h) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto necessiti di trasporto in autoambulanza successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di **300'000** metri e con il limite di **€ 300,00** per sinistro e per persona.

i) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'Isritto, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico del Fondo SANILOG sino ad un di **300'000** metri complessivi a\r.

La copertura non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali

casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

j) Spesa a domicilio

Nei casi di:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- fratture del bacino

che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, il Fondo SANILOG, attraverso Unisalute, provvederà nelle quattro settimane successive al sinistro ad organizzare la consegna al domicilio dell'Iscritto di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L'Iscritto sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

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. 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 paradontopatie, le cure dentarie

- e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva **compresi nell'elenco dei grandi interventi e** resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del piano sanitario);
 5. 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, **ancorché resi necessari da grandi interventi chirurgici**. 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.
 6. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
 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 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:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto “Stati di non autosufficienza consolidata/permanente (solo a seguito di infortunio professionale/extraprofessionale)” in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

15. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
16. gli infortuni dovuti a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
17. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
18. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
19. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
20. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

21. di 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);
22. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
23. delle terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
24. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

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.

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1 Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

Potrai così usufruire di un servizio garantito che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

Numero dall'estero: prefisso per l'Italia e 0516389046

orari:

08.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

8.2 Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al

raggiungimento del **85°** anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **86°** anno di età da parte dell'Iscritto.

8.3 Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate ed 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 SANILOG dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

8.4 Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, il Fondo SANILOG 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'Iscritto.

ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con e senza svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o lobare

- Interventi per cisti o tumori del mediastino

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 trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Angioplastica con eventuali stent

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale con o senza linfadenectomia
- Resezione dell'intestino tenue
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano secondo Miles

- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- 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
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi chirurgici sul retto-sigma per patologie

- oncologiche maligne per via laparoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale con e senza linfadenectomia
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con o senza linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con o senza linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Sintesi di frattura delle ossa del massiccio facciale
- Ricostruzione con lembo di ferite del volto

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti