

# Guida al Piano sanitario

RSM Iscritti Enasarco

15 Ottobre 2024

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario  
diverse da ricovero vai su:**

**[www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)**

**24h su 24, 365 giorni l'anno**

**Per tutte le prestazioni dell'area ricovero  
contatta preventivamente il**

**Numero Verde**

**800-009684**

**dall'estero: prefisso per l'Italia**

**+ 051.63.89.046**

orari:

**8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì**

**I servizi UniSalute sempre con te!**

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

## 1. SOMMARIO

<b>1.</b>	<b>SOMMARIO.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>BENVENUTO.....</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....</b>	<b>5</b>
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
<b>4.</b>	<b>SERVIZI ONLINE E MOBILE .....</b>	<b>8</b>
4.1.	Il sito di UniSalute	8
4.1.1.	Come faccio a registrarmi al sito <a href="http://www.unisalute.it">www.unisalute.it</a> per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
4.1.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.1.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.1.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
4.1.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.1.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?	12
4.1.7.	Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.1.8.	Come posso ottenere pareri medici?	12
4.2.	L'app di UniSalute	13
4.2.1.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	13
4.2.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	14
4.2.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	14
4.2.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	15
<b>5.</b>	<b>DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI (ASSISTITI).....</b>	
<b>6.</b>	<b>LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....</b>	<b>18</b>
6.1.	Ricovero in istituto di cura per Grandi interventi Chirurgici e Grandi Eventi Morbosi (vedi elenchi)	
		19
6.1.1.	Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici per brevità di seguito CIG (elenco A)	19
6.1.2.	Ricoveri senza intervento chirurgico per Gravi Eventi Morbosi per brevità di seguito GEM (ELENCO B)	21
6.2.	Indennità sostitutiva	23
6.3.	Day hospital	24
6.4.	Modalità di erogazione delle prestazioni	24
6.5.	Massimale annuo assistito area ricovero	25
6.6.	Alta diagnostica (garanzia valida solo per il Titolare in Attività)	25
6.7.	Follow up oncologico	29
6.8.	Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni dentarie (non rientranti tra le prestazioni previste nell'area ricovero ai punti 6.1.1. e 6.1.2.)	30
6.9.	Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere (non rientranti tra le prestazioni previste nell'area ricovero ai punti 6.1.1. e 6.1.2.)	30
6.10.	Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative (non rientranti tra le prestazioni previste nell'area ricovero ai punti 6.1.1. e 6.1.2.)	31

6.11.	Pacchetto check up	31
6.12.	Prestazioni odontoiatriche particolari	33
6.13.	Prestazioni di implantologia	34
6.13.1.	Applicazione di due impianti	34
6.13.2.	Applicazione di un impianto	35
6.14.	Visita medico-sportiva	35
6.15.	Visita oncologica	36
6.16.	Protesi/ausili medici ortopedici	37
6.17.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate	37
6.18.	Interventi per la correzione dei difetti visivi	38
6.19.	Lenti	39
6.20.	Pacchetto maternità	39
6.21.	Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso	40
6.22.	Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	41
6.23.	Servizi di consulenza	42
<b>7.</b>	<b>CONTRIBUTI ANNUI.....</b>	<b>43</b>
<b>8.</b>	<b>CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO .....</b>	<b>44</b>
<b>9.</b>	<b>ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI .....</b>	<b>47</b>
9.1.	Decorrenza e e attivazione della copertura contributoa	47
9.2.	Inclusioni/esclusioni	
9.3.	Validità territoriale	53
9.4.	Limiti di età	53
9.5.	Gestione dei documenti di spesa	54
9.6.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	54
9.7.	Foro competente	55
9.8.	Reclami	55
9.9.	Diritto all'oblio oncologico	58
9.10.	Informativa "HOME INSURANCE" - indicazioni per l'accesso all'area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti	58
9.11.	Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	58
<b>10.</b>	<b>ELENCO A - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....</b>	<b>60</b>
<b>11.</b>	<b>ELENCO B – GRAVI EVENTI MORBOSI .....</b>	<b>64</b>
<b>12.</b>	<b>SCHEDA ANAMNISTICA ODONTOIATRICA.....</b>	<b>65</b>

## 2. **BENVENUTO**

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

### **I servizi online offerti da UniSalute**

Su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), hai a disposizione un’**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il 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 con UniSalute**

UniSalute ha convenzionato 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](http://www.unisalute.it) nell’Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È 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 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 da UniSalute**, 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.

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 con UniSalute.** Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

### **3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute**

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



#### **Richiesta rimborso online**

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a **Mutua Hygeia - UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 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](http://www.unisalute.it);
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connessa, 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;
- in caso di **prestazioni odontoiatriche** (Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero), "scheda anamnestica" redatta dal medico curante sulla base del modello allegato alla presente guida;

- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

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

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](http://www.unisalute.it) all'interno dell'Area clienti. È facile e veloce!



#### Richiesta rimborso online

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

In alternativa, invia a **Mutua Hygeia - UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, la documentazione necessaria, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

## 4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

### 4.1. Il sito di UniSalute

Sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) all'interno dell'Area clienti puoi:



- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi 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**.

#### **4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) per accedere ai servizi nell'Area clienti?**

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla registrazione clienti sul sito UniSalute.

#### **Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?**

Nella home page del sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) clicca sul pulsante “Area riservata” in alto a destra, poi su “Registrati adesso” 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 pulsante “Area riservata” in alto a destra nell'home page, poi su “Hai bisogno di aiuto?” e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

#### 4.1.2. 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.

Accedi all'area clienti e clicca su **“Fai una nuova 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 nella sezione **“Appuntamenti”**.



##### **Prenotazione veloce**

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

#### 4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

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

#### 4.1.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti e clicca su **“Richiedi un nuovo rimborso”**



##### **Richiesta rimborso online**

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invia 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 **Mutua Hygeia - UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

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

Entra nell'Area clienti e **accedi all'azione “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.

#### **4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?**

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Polizze"**.

Trovi i documenti relativi al tuo Piano sanitario e l'eventuale modulistica, incluso il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero.

#### **4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?**

Accedi all'Area clienti e **accedi alla sezione "Strutture"**.

Puoi visualizzare le strutture sanitarie convenzionate per il tuo specifico Piano sanitario.

#### **4.1.8. 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.

## 4.2. L'app di UniSalute

Con **UniSalute Up**, l'app di UniSalute, puoi:

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

### 4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

#### **UniSalute PER TE**

**Accedi alla sezione PER TE** per leggere news e articoli del Blog InSalute: sarai sempre aggiornato sui temi che riguardano la salute e il benessere!

#### **4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?**

**Attraverso l'app puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.**

Una volta entrato nell'app compila in modo rapido l'apposito form su **"Prenotazioni"** e visualizza tutti i dettagli relativi alla prenotazione.

Puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente a UniSalute

In tutti i casi UniSalute verifica in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

#### **Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!**

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate. Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

#### **4.2.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?**

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.

Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

#### **4.2.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?**

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.

Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

#### **Integra la documentazione mancante**

Nella sezione **"concludi"** puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa. Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

#### **Destinatari delle prestazioni (Assistiti)**

- 1) La copertura di assistenza sanitaria integrativa è prestata in favore di Iscritti Attivi, professionisti dell'intermediazione commerciale e finanziaria con contratto di agenzia o rappresentanza, nel loro complesso denominati "Soggetti tutelati" oppure "Iscritti", i quali:

- a. svolgono attività di agenzia alla data di attivazione del Piano di Assistenza Sanitaria Iscritti, ovvero che, per gli anni successivi al primo, alla data di decorrenza annuale della copertura sono titolari di un rapporto di agenzia attivo;
  - b. sono in possesso, alle stesse date, di un’anzianità contributiva di almeno 4 trimestri coperti esclusivamente da contributi obbligatori non inferiori al minimale, anche non consecutivi, negli ultimi due anni.
- 2) Si precisa che per gli iscritti in attività, per i contribuenti volontari e per i silenti, nel loro complesso denominati anche “Iscritti” o “Soggetti tutelati”, il contributo per la copertura prestata dal Piano Sanitario Iscritti è a carico della Fondazione Enasarco.
- 3) I Familiari degli Iscritti alla Fondazione Enasarco possono essere ammessi al Piano Sanitario Iscritti su libera scelta dell’Iscritto medesimo, da esercitarsi entro la finestra temporale compresa tra il 15 ottobre 2024 e il 30 novembre 2024 con onere del pagamento del contributo di adesione al Piano Sanitario a carico dell’Iscritto, previa compilazione del Modulo di adesione, del Questionario Anamnestico e rilascio dell’autorizzazione da parte della Mutua. Dopo la chiusura della finestra temporale l’inclusione dei familiari nel Piano Sanitario Iscritti è consentita solo per variazione dello stato di famiglia avvenuta dopo la chiusura della finestra temporale per nascite e/o matrimonio etc. e per i familiari di NEO iscritti alla Fondazione Enasarco dopo il 30/11/2024.



- 4) Qualora l'Assistito, iscritto in attività o silente o contribuente volontario, decida di estendere il Piano Sanitario Iscritti al proprio Nucleo Familiare dovrà necessariamente inserire TUTTI i componenti del nucleo familiare come risultante dalla specifica definizione riportata nel Glossario senza la possibilità di escludere uno o più familiari rientranti nella suddetta definizione.
- 5) A comprova del proprio nucleo familiare l'iscritto dovrà produrre il certificato di stato di famiglia o di residenza, oppure una autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.
- 6) Gli Iscritti in pensione possono aderire su base individuale con onere del pagamento del contributo di adesione al Piano Sanitario Iscritti a proprio carico entro la finestra temporale compresa tra il 15 ottobre 2024 e il 30 novembre 2024 previa compilazione del Modulo di Adesione, del Questionario anamnestico e autorizzazione di Hygeia. Non è prevista la possibilità di estendere il Piano Sanitario Iscritti ai familiari dell'Iscritto in pensione.

## 5. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assistito per:

- ricovero in Istituto di cura per Grandi Interventi Chirurgici e Grandi Eventi Morbosi;
- indennità sostitutiva;
- day hospital;
- alta Diagnostica (garanzia valida solo per il Titolare in Attività)
- follow up oncologico;
- accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni dentarie (non rientranti tra le prestazioni previste dell'area ricovero);
- accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere (non rientranti tra le prestazioni previste dell'area ricovero);
- accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative (non rientranti tra le prestazioni previste dell'area ricovero);
- pacchetto check up;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni di implantologia;
- visita medico-sportiva;
- Visite oncologiche;
- protesi/ausili medici ortopedici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate;
- interventi per la correzione dei difetti visivi;
- lenti;
- pacchetto maternità;
- ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;

- servizi di consulenza.

## AREA RICOVERO

### 5.1. Ricovero in istituto di cura per Grandi interventi Chirurgici e Grandi Eventi Morbosi (vedi elenchi)

#### 5.1.1. Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici per brevità di seguito CIG (elenco A)

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'Elenco A che fa parte integrante della presente Convenzione, le spese:

- a. per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento risultante dal referto operatorio;
- b. per diritti di sala operatoria;
- c. per il materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento nel limite di **€ 5.500,00 anno/nucleo**;
- d. per assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia/all'infornuto che comporta il ricovero;
- e. per rette di degenza (liquidazione/rimborso integrale);
- f. per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni biotiche e terapie radianti e chemioterapiche, e tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **125 giorni precedenti** il ricovero e ad esso correlati (esclusivamente in forma rimborsuale); nonché per quelle sostenute nei **155 giorni successivi** alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami,

medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie e di assistenza domiciliare purché correlate al ricovero.

In tale ambito - fermi i limiti temporali di cui sopra - si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure e accertamenti pre e post ricovero, gli interventi preparatori all'intervento principale assistito o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze dell'intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espanto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto, **nel limite di 180 giorni** purché inerenti all'intervento effettuato;

- h. per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera, fino al limite di **€ 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni anno/nucleo**;
- i. per spese di assistenza infermieristica individuale (solo in forma rimborsuale), fino ad un importo di **€ 3.900,00 massimo per anno/nucleo**;
- i. per trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura (ammissione e dimissione) e quelle da un

Istituto di Cura all'altro (trasferimento) fino ad un importo massimo di **€ 3.000,00 anno/nucleo** per ricoveri in Stati della UE ed **€ 6.000,00 anno/nucleo** per ricoveri nel resto del mondo; la prestazione ricomprende le spese per i biglietti del treno/aereo/nave, le spese per il carburante ed i pedaggi autostradali, le spese per i taxi.

- j. per acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 5.500,00 annui** per nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini del Piano Sanitario verificatosi durante la validità del Piano Sanitario stesso;
- l. per le cure palliative e la terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 15.000,00 per sinistro**;
- m. per costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo annuo di **€ 5.000,00 per persona** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile a termini del Piano Sanitario.

### **5.1.2. Ricoveri senza intervento chirurgico per Gravi Eventi Morbosi per brevità di seguito GEM (ELENCO B)**

Sono garantite, nell'ambito dei Gravi Eventi Morbosi di cui all'Elenco B, che fa parte integrante della presente Convenzione, le seguenti spese in caso di ricovero:

- a. assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- b. per rette di degenza (liquidazione/rimborso integrale);

- c. accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni biottiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei **100 giorni precedenti** il ricovero (esclusivamente in forma rimborsuale), purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
- d. visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni biottiche, le terapie mediche/chirurgiche/riabilitative/farmacologiche anche effettuate in regime di ricovero e/o day-hospital, le prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica (escluse quelle meramente assistenziali) e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie e di assistenza domiciliare, effettuati nei **120 giorni successivi** alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini del Piano Sanitario ed avvenuto nell'arco della validità del Piano Sanitario stesso;
- e. per spese di assistenza infermieristica individuale (solo in forma rimborsuale), fino ad un importo di **€ 3.900,00 massimo per anno/nucleo**;
- f. per trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura (ammissione e dimissione) e quelle da un Istituto di Cura all'altro (trasferimento), fino ad un importo massimo di **€ 3.000,00 anno/nucleo** per ricoveri in Stati della UE ed **€ 6.000,00 anno/nucleo** per ricoveri nel resto del mondo; la garanzia ricomprende le spese per i biglietti di treno/aereo/nave, le spese per il carburante e i pedaggi autostradali, le spese per i taxi.
- g. per le cure palliative e la terapia del dolore, fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 15.000,00 per sinistro**;
- h. per costi funerari e di rimpatrio della salma, fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 5.000,00**

**anno/persona** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile a termini del Piano Sanitario.

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per Grave Evento Morboso di cui all'Elenco B, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, a tale intervento si applicano le garanzie di cui all'Art. 6.1.1. La norma non si applica ad eventuali interventi ortopedici collegati ai "Politraumatismi Gravi" di cui alla lettera E dell'ELENCO B - GRAVI EVENTI MORBOSI.

## 5.2. Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di ricovero per Grande Intervento Chirurgico (Elenco A) o di Grave Evento Morboso (Elenco B), non presenti richiesta di rimborso a carico del Piano Sanitario, la Centrale Operativa corrisponderà un'indennità di **€ 155,00 per ogni giorno** di ricovero, fermo restando il limite massimo di **180 giorni** per ciascun anno contributivo e per assistito.

### Pre/Post

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì prevista la liquidazione delle spese pre e post ricovero (Art.6.1.1. lett f e Art. 6.1.2. lettera c) e d) – fermi i limiti temporali ivi previsti – con l'applicazione di uno **scoperto del 15%** nel caso le prestazioni siano rese da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al **100%** nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta o tramite il Servizio Sanitario Nazionale con pagamento di un ticket sanitario.

In tale ambito, in caso di day hospital preparatori all'intervento principale (ELENCO A - GIC), così come per day hospital successivi dovuti a complicità dell'intervento principale (ELENCO A - GIC) o comunque ad esso funzionalmente connessi - fermi i limiti temporali previsti Art 6.1.1 lettera f – verrà riconosciuta un'indennità pari ad **€ 50,00 al giorno** se l'assistito non presenta richiesta di rimborso a carico del Piano Sanitario.

### 5.3. Day hospital

Day-hospital con intervento chirurgico: è equiparato al ricovero con intervento chirurgico (solo se GIC – Elenco A).

Day-hospital senza intervento chirurgico: il day hospital senza intervento chirurgico non è in copertura, fatta salva la degenza in Istituto di Cura in regime di day-hospital superiore a tre giorni, anche non consecutivi (per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio) la quale è equiparata, a tutti gli effetti, a ricovero in Istituto di Cura (solo se GEM – Elenco B).

### 5.4. Modalità di erogazione delle prestazioni

**Nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta** vale a dire in strutture sanitarie private e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture sanitarie e ai medici convenzionati, fatto salvo i limiti e le condizioni previsti ai singoli specifici punti.

**Le prestazioni, ove prestate da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionato**, operano con uno **scoperto del 15%** con **minimo non indennizzabile di € 300,00 e massimo non indennizzabile di € 2.000,00 per sinistro** a carico dell'assistito, fatto salvo i limiti e le condizioni previste ai singoli specifici punti.

In caso di **prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate**, le spese per trattamento alberghiero e/o per **ticket sanitari verranno rimborsati senza applicazione di franchigie e scoperti.**



### 5.5. Massimale annuo assistito area ricovero

Il massimale annuo assistito per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 500.000,00** per nucleo familiare condiviso tra Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi.

Per i Grandi Eventi Morbosi viene inoltre previsto un sotto massimale di **€ 80.000,00 per nucleo familiare e per anno di copertura.**

### AREA EXTRA - RICOVERO

#### 5.6. Alta diagnostica (garanzia valida solo per il Titolare in Attività)

La Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per le seguenti **prestazioni extraospedaliere, fino a un massimo annuo di € 800,00 per persona.**

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una certificazione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia, ovvero la natura e la data di accadimento dell'infortunio, che ha reso necessaria la prestazione stessa, anche se non direttamente collegati agli eventi di cui all'Elenco A – GIC e all'Elenco B – GEM (senza, pertanto, limitazione a patologie/infortuni di cui agli artt. 6.1.1. e 6.1.2.).

**Nel caso in cui la prestazione sia resa in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie private e da personale medico ambedue convenzionati,** le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture sanitarie **salvo la franchigia di € 20,00 per accertamento diagnostico/ciclo di terapia,** che dovrà essere pagata direttamente dall'assistito alla struttura sanitaria.

**Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale,** la Centrale Operativa rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

**Non è previsto il rimborso nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o da personale medico non convenzionati con la Centrale Operativa.**

Ai fini della liquidazione vengono considerate indennizzabili, e come tali computate come unica prestazione con applicazione di un'unica franchigia nell'ambito della spesa complessiva, anche eventuali spese per l'anestesia o la sedazione che vengano prescritte per effettuare le prestazioni indicate alle lettere a) e b) che seguono.

**a) Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)**

– Amniocentesi, Villocentesi e analoghi test prenatali non invasivi (solo per le gestanti con **età superiore ai 35 anni** oppure in caso di sospetta malformazione del feto)

- Angiografia
- Arteriografia
- Artrografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cateterismo cardiaco
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Crioterapia

- Dacriocistografia
- Discografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Ecocolordoppler
- Ecodoppler
- Ecotomografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettroscopia
- Endoscopia diagnostica
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Holter
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Moc
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Elettromiografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia



**b) Terapie:**

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

### 5.7. Follow up oncologico

La Centrale Operativa mette a disposizione, previa prenotazione, la propria rete di strutture convenzionate per effettuare **visite ed accertamenti diagnostici e di laboratorio per fini di controllo effettuati nei 5 anni successivi alla diagnosi di neoplasia maligna, ovvero all'intervento chirurgico a quest'ultima collegato e conseguente, avvenuti in corso di validità del contratto.**

**La garanzia è prestata fino ad un massimo annuo di € 500,00 per assistito.**

**Nel caso in cui le prestazioni siano rese in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie private e da personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture e ai medici convenzionati senza applicazione di franchigie e scoperti.**

Inoltre, nel caso in cui l'Assistito, per l'effettuazione delle prestazioni previste dal presente Articolo, **si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale**, la Centrale Operativa **rimborso integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.**

Ai fini della autorizzazione l'Assistito è tenuto a presentare i seguenti documenti:

- impegnativa (ricettario) del medico di medicina generale riportante l'esenzione 048 nell'apposito spazio, oppure:
- impegnativa del medico specialista oncologo (ricetta bianca) accompagnata da fotocopia del tesserino di esenzione ticket 048 con evidenziata la data di decorrenza.

A **parziale deroga** di quanto previsto dal II comma, la Centrale Operativa provvedere al **rimborso di 1 visita specialistica oncologica effettuata da professionisti non convenzionati con la Centrale Operativa**, con applicazione di uno **scoperto del 20%**, fermo il limite di **rimborso di € 120,00 per assistito**, da considerarsi come **sotto limite del massimale di € 500,00**.

#### **5.8. Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni dentarie (non rientranti tra le prestazioni previste nell'area ricovero ai punti 6.1.1. e 6.1.2.)**

Tutti gli assistiti potranno ottenere le **prestazioni dentarie** a tariffe agevolate utilizzando gli studi odontoiatrici del network convenzionato con la Centrale Operativa (fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuate rimarrà a carico dell'Assistito). Le modalità di utilizzo del servizio saranno concordate tra la Mutua e la Centrale Operativa e saranno messe a disposizione degli assistiti tramite la procedura che verrà fornita.

#### **5.9. Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere (non rientranti tra le prestazioni previste nell'area ricovero ai punti 6.1.1. e 6.1.2.)**

Tutti gli assistiti potranno ottenere le **prestazioni ospedaliere e gli accertamenti diagnostici** utilizzando le Case di Cura, i medici ed i Centri Diagnostici del network convenzionato con la Centrale Operativa (fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuate rimarrà a carico dell'Assistito). Le modalità di utilizzo del servizio saranno concordate tra la Mutua e la Centrale Operativa e saranno messe a disposizione degli assistiti tramite la procedura che verrà fornita.

### 5.10. Accesso a tariffe convenzionate per le prestazioni fisioterapiche e riabilitative (non rientranti tra le prestazioni previste nell'area ricovero ai punti 6.1.1. e 6.1.2.)

Tutti gli assistiti potranno ottenere le **prestazioni fisioterapiche e riabilitative** a tariffe agevolate utilizzando gli studi del network convenzionato con la Centrale Operativa (fermo restando in ogni caso che il costo delle prestazioni effettuate rimarrà a carico dell'Assistito). Le modalità di utilizzo del servizio saranno concordate tra la Mutua e la Centrale Operativa e saranno messe a disposizione degli assistiti tramite la procedura che verrà fornita.

### 5.11. Pacchetto check up

La Centrale Operativa provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate **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



## 5.12. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto all'art. "Casi di non operatività del piano", la Centrale Operativa provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.** Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sottoindicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assistito, il medico riscontri, in accordo con la Centrale Operativa, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno contributivo, la Centrale Operativa provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Centrale Operativa.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale **convenzionato** con la Centrale Operativa, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 50%**

**che dovrà essere versato dall'Assistito alla struttura sanitaria convenzionata con la Centrale Operativa al momento dell'emissione della fattura.**

### **5.13. Prestazioni di implantologia**

In deroga a quanto previsto dall'art. "Casi di non operatività del piano", la **Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sottoindicate.**

**Viene previsto un massimale di € 1.800,00  
per anno di contributo e per nucleo familiare.**

#### **5.13.1. Applicazione di due impianti**

**Viene previsto un sotto-massimale annuo di € 950,00 per nucleo nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.**

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 2 impianti.

La presente garanzia viene prestata **solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Centrale Operativa.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assistito alla struttura convenzionata.**

**Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.**

### Applicazione di un impianto

**Viene previsto un sotto massimale annuo di € 500,00 per nucleo nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.**

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi all'impianto.

La presente garanzia viene prestata **solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Centrale Operativa.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assistito alla struttura convenzionata.**

**Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successive alla riabilitazione implantoprotesica.**

#### 5.14. Visita medico-sportiva

Rientra in copertura una **visita specialistica medico sportiva**, da effettuarsi **1 volta all'anno per persona** nelle seguenti modalità:

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale **convenzionato** con la Centrale Operativa, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale **non convenzionati**, la Centrale Operativa rimborsa con applicazione di una **franchigia di € 60,00**.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Centrale Operativa **rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assistito**.

**Il documento di spesa (fattura ricevuta) deve riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla prestazione eseguita.**

### **5.15. Visita oncologica**

Rientra in copertura una **visita specialistica Oncologica**, da effettuarsi nelle seguenti modalità:

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale **convenzionato** con la Centrale Operativa, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Centrale Operativa **rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assistito**.

**Non è previsto il rimborso nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o da personale medico non convenzionati con la Centrale Operativa.**

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

**Viene previsto un massimale di € 300,00  
per anno di contributo e per nucleo familiare.**

### **5.16. Protesi/ausili medici ortopedici**

La Centrale Operativa rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche nel limite annuo di **€ 2.500,00 per nucleo familiare**. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che siano appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodì, plantari, ecc.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **scoperto del 20% per fattura**.

### **5.17. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o di una delle patologie elencate**

In deroga a quanto previsto all'art. "Casi di non operatività del piano" la Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per i **trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso o di una delle patologie particolari sotto elencate, 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 garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.**

Patologie particolari:

- Ictus cerebrale
- Forme neoplastiche
- Forme neurologiche degenerative o neuro miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, Alzheimer, morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica, Morbo di Huntington.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale **convenzionato** con la Centrale Operativa, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture medesime previa applicazione di uno **scoperto del 20% per ciclo di terapia**.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Centrale Operativa **rimborsa** integralmente i **tickets sanitari a carico dell'Assistito**.

**Non è prevista la possibilità di effettuare le prestazioni in strutture e con medici non convenzionati.**

Il massimale annuo assistito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 350,00 per nucleo familiare**. È previsto un sotto-massimale annuo di **€ 250,00 per nucleo per l'agopuntura**, effettuata anche a fini antalgici.

### **5.18. Interventi per la correzione dei difetti visivi**

In deroga a quanto previsto all' art. "Casi di non operatività del piano", la Centrale Operativa provvede al pagamento delle spese per gli interventi di chirurgia refrattiva, nonché i trattamenti con laser ad eccimeri, se eseguiti in strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Operativa:

- In caso di anisometropia superiore a 3 diottrie
- In caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio

**Il massimale assistito corrisponde a € 500,00 anno/nucleo.**

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Centrale Operativa, le spese per le prestazioni erogate

all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto.

Non è prevista la possibilità di effettuare le prestazioni in strutture e con medici non convenzionati.

### 5.19. Lenti

La Centrale Operativa rimborsa all'Assistito le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel **limite annuo di € 100,00 per nucleo familiare**.

La Centrale Operativa provvederà al rimborso delle spese sostenute **senza applicazione di alcuna franchigia**.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

### 5.20. Pacchetto maternità

Rientrano in garanzia le seguenti prestazioni:

#### In gravidanza

- Ecografie di controllo, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Operativa o in alternativa Amniocentesi, villocentesi o analoghi test prenatali non invasivi
- In aggiunta, fino ad un massimo di 4 Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Assistita, sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati con la Centrale Operativa

**La garanzia è prestata fino a un massimo di € 1.000,00 per anno contribuito e per nucleo familiare.**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Centrale Operativa**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture medesime **senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia**.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale non convenzionato con la Centrale Operativa**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate con l'applicazione di alcuno **scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 70,00 per prestazione**.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Centrale Operativa **rimborso integralmente i tickets sanitari** a carico dell'Assistito.

### **5.21. Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso**

La Centrale Operativa provvede al **rimborso integrale dei ticket sanitari** per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

La Centrale Operativa provvede anche al rimborso dei ticket di Pronto Soccorso.

**Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare e per anno di copertura.**



## 5.22. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

Le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale sempre relativi ai seguenti interventi:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

**La garanzia è prestata fino a un massimo di € 10.000.00 per nucleo familiare e per anno contribuito, e sono comunque esclusi i costi di eventuali impianti e protesi applicati/e a seguito dell'intervento effettuato.**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Centrale Operativa**, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Centrale Operativa alle strutture medesime **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Centrale Operativa**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 15% per fattura**.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Centrale Operativa **rimborsa integralmente i tickets sanitari** a carico dell'Assistito.

### 5.23. Servizi di consulenza

#### In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009684** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

#### a) Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso
- modalità di richiesta di rimborso

#### 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 la Centrale Operativa.

## 6. CONTRIBUTI ANNUI

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

- a. per ogni Titolare iscritto in carico alla Fondazione Enasarco;
- b. Per nuclei familiari, oltre al titolare/capo nucleo, costituiti da un solo componente: € 150,00;
- c. Per nuclei familiari, oltre al titolare/capo nucleo, costituiti da due componenti componenti: € 250,00 per nucleo;
- d. Per nuclei familiari, oltre al titolare/capo nucleo, costituiti da tre o più componenti: € 300,00 per nucleo;
- e) per Pensionato € 420,00.

L'attivazione delle opzioni b) e c) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari.

## 7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

L'assicurazione 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 contratto.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito 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.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. 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;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assistito con dolo o colpa grave;
14. 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;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
16. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
17. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
18. tutte le terapie mediche;
19. le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
20. le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (videoconsulto e/o teleconsulto).

Limitatamente alle prestazioni previste alle garanzie di Odontoiatria, l'assicurazione 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 Assistiti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.**

## 8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

### 8.1. Decorrenza e attivazione del piano sanitario e della copertura

Il Piano Sanitario Iscritti ha effetto dal 16/10/2024 e scadenza 15/10/2027 senza tacito rinnovo. La copertura per gli Iscritti decorre dalle ore 00:00 del 16/10/2024 alle ore 24:00 del 15/10/2025, con tacito rinnovo annuale, sia in forma rimborsuale nelle strutture non convenzionate sia in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Centrale Operativa dopo che le anagrafiche siano state correttamente censite nel data base della Mutua.

- 1) Per la prima annualità, dalle ore 00:00 del 16/10/2024 alle ore 24:00 del 15/10/2025 la copertura prestata dal Piano Sanitario Iscritti sarà disciplinata come segue:
  - a. **Iscritti** - La copertura avrà effetto in forma rimborsuale dalle ore 00.00 del 15/10/2024 a condizione che il contributo sia pagato entro tale data. Ferma la copertura in forma rimborsuale, la copertura avrà effetto in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Centrale Operativa, a condizione che il tracciato massivo delle anagrafiche di tutti gli iscritti venga trasmesso alla Mutua almeno 10 giorni lavorativi prima dell'effetto del Piano Sanitario e risultino correttamente censite nel data base della Mutua.
  - b. **Categorie individuali (Iscritti in pensione e familiari degli iscritti attivi, dei contribuenti volontari e dei silenti)** – Alla data di effetto del Piano Sanitario Iscritti, gli Iscritti avranno a disposizione una finestra temporale di ingresso che si aprirà in data 15/10/2024 e si chiuderà il 30/11/2024 durante la quale potranno effettuare l'adesione al piano sanitario per i propri familiari attraverso un portale dedicato messo a disposizione da Mutua Hygeia il cui link di accesso al form si

trova all'interno dell'area riservata Enasarco. La copertura in forma rimborsuale per i familiari degli iscritti decorrerà dalle ore 00:00 del 16/10/2024 purché sia verificata la regolarità amministrativa del pagamento del contributo di adesione al Piano Sanitario Iscritti e l'adesione sia stata effettuata nelle modalità previste dal Regolamento entro il periodo di apertura della finestra temporale. La copertura avrà effetto in forma diretta, nelle strutture convenzionate con la Centrale Operativa, entro le ore 24:00 del trentesimo giorno successivo alla data di chiusura della finestra temporale a condizione che l'avente diritto alle prestazioni in forma diretta sia regolarmente censito negli archivi di Hygeia.

- c. Alle ore 24:00 del 30/11/2024, chiusa la finestra temporale, non sarà più consentita l'inclusione di familiari degli iscritti né l'adesione dei pensionati, fatto salvo il caso di variazione dello stato di famiglia e salva la possibilità per gli iscritti che entrino in trattamento di quiescenza nel corso dell'annualità i quali resteranno in copertura in qualità di iscritti fino alla scadenza dell'annualità in corso, potendo avvalersi di una loro personale finestra temporale di adesione, aperta dal 15 ottobre al 30 novembre dell'anno successivo a quello di entrata in quiescenza, durante la quale potranno aderire su base individuale in qualità di pensionati tramite adesione volontaria e pagamento del contributo per l'annualità in corso, con onere del pagamento del contributo a proprio carico. Al verificarsi di tale circostanza, la copertura viene prestata senza l'applicazione dei termini di aspettativa di cui al paragrafo "Periodi di carenza contrattuali".
- d. **Adesione familiari degli iscritti** - La richiesta di inclusione dei familiari degli iscritti nel Piano Sanitario Iscritti è consentita previa compilazione online e trasmissione alla Mutua dei seguenti documenti:
  - a. Modulo di Adesione
  - b. Questionario anamnestico
  - c. Autocertificazione



Dopo aver ricevuto l'autorizzazione da Hygeia, è possibile effettuare il pagamento del contributo e successivamente inviare copia della relativa contabile alla Mutua.

2. Al ricevimento della modulistica relativa ai familiari dell'iscritto la Mutua Hygeia, svolte le opportune verifiche, autorizza il pagamento del contributo calcolato secondo la Tabella dei Contributi. Dopo aver contabilizzato il pagamento del contributo e verificatane la regolarità, Hygeia autorizza l'inclusione dei familiari nel Piano Sanitario Iscritti.
3. **Adesione Iscritti in Pensione** - La richiesta degli iscritti in pensione di essere inseriti nel Piano Sanitario Iscritti è consentita previa compilazione online e trasmissione alla Mutua dei seguenti documenti:
  - a. Modulo di Adesione
  - b. Questionario anamnestico

Dopo aver ricevuto l'autorizzazione da Hygeia, è possibile effettuare il pagamento del contributo e successivamente inviare copia della relativa contabile alla Mutua.

Al ricevimento della modulistica da parte dell'iscritto in pensione, la Mutua, svolte le opportune verifiche, comunica la richiesta di adesione a Enasarco che, svolto il controllo sul possesso dei requisiti, informa la Mutua che nulla osta all'adesione al Piano Sanitario Iscritti. Hygeia, ricevuto il nulla osta, autorizza il pensionato ad effettuare il pagamento del contributo calcolato secondo la Tabella dei Contributi. Dopo aver contabilizzato il pagamento del contributo e verificatane la regolarità, Hygeia autorizza l'inclusione dei Pensionati nel Piano Sanitario Iscritti.

#### **4. Periodi di carenza contrattuale**

Con riferimento alla categoria dei Pensionati e dei familiari degli iscritti, all'atto di prima adesione al Piano Sanitario Iscritti, operano i seguenti termini di aspettativa.

La garanzia decorre dalle ore 24:00

- ✓ del giorno di effetto della copertura per gli infortuni;
- ✓ del 30° giorno successivo a quello di effetto della copertura per le malattie;
- ✓ del 60° giorno successivo a quello di effetto del Piano Sanitario Iscritti per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- ✓ del 180° giorno successivo a quello di effetto del Piano Sanitario Iscritti, per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla adesione al Piano Sanitario Iscritti, dichiarati dall'Assistito e accettati dalla Mutua;
- ✓ del 180° giorno successivo a quello di effetto del Piano Sanitario Iscritti per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assistito, ma insorti anteriormente alla data di adesione al Piano Sanitario Iscritti;
- ✓ del 300° giorno successivo a quello di effetto del Piano Sanitario Iscritti per il parto e le malattie da puerperio;

- ✓ del 1° giorno del VI° anno successivo a quello di effetto del Piano Sanitario Iscritti per le infezioni da HIV a condizione che il Piano Sanitario Iscritti sia in vigore a quella data.

**I termini di aspettativa di cui sopra non vengono applicati qualora la copertura in favore dei soggetti interessati risulti essere attiva, e comprovata, fino al 15 ottobre 2024 tramite l'Ente di Mutua Assistenza EMAPI né per l'iscritto che entri in trattamento di quiescenza che, su base individuale, decida di aderire volontariamente al Piano Sanitario Iscritti in qualità di Pensionato entro la prima finestra temporale utile.**

## 8.2. Inserimento in copertura di nuovi iscritti

Premesso che non è prevista la possibilità di attivazione della copertura per gli iscritti in pensione e per i familiari degli iscritti, i quali non abbiano aderito al Piano Sanitario Iscritti entro i termini previsti dal presente Regolamento, le movimentazioni relative alle nuove adesioni in corso d'anno sono regolate come segue: le inclusioni di "nuovi Iscritti" nel corso dell'anno di copertura, anche dopo la chiusura della finestra temporale, sono consentite solo nel caso di comprovate esigenze di rettifica e integrazione della comunicazione delle anagrafiche degli iscritti da parte della Fondazione Enasarco all'esito dell'attività ispettiva per l'accertamento dei rapporti di agenzia e per l'osservanza degli obblighi contributivi da parte delle ditte mandanti. La garanzia per i "nuovi Iscritti" decorre:

1. in forma rimborsuale:
  - a. dal giorno dell'iscrizione alla Fondazione a condizione che questa venga comunicata da Enasarco alla Mutua entro 60 giorni dalla data di iscrizione medesima. Qualora l'iscrizione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dalle ore 24:00 del giorno di comunicazione alla Mutua;
  - b. per gli iscritti comunicati alla Mutua a titolo di rettifica e integrazione, dal giorno dell'iscrizione alla Fondazione.
2. In forma diretta:
  - a. dal 1° giorno del mese successivo alla comunicazione da parte di Enasarco alla Mutua qualora questa avvenga entro il 15 del mese e il soggetto interessato risulti regolarmente censito negli archivi della Mutua.

- b. dal 1° giorno del 2° mese successivo alla comunicazione qualora questa avvenga dopo il giorno 15 del mese e il soggetto interessato risulti regolarmente censito negli archivi della Mutua.

### **3. Esclusioni dalla copertura**

Eventuali esclusioni per cancellazione iscrizione o decesso verranno effettuate mantenendo gli assistiti in copertura fino alla prima scadenza annuale successiva e senza alcuna restituzione di contributo.

### **8.3. 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 e scelto per te da UniSalute 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.

### **8.4. Limiti di età**

L'assicurazione può essere **stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75esimo anno di età del titolare**, e la Centrale Operativa non accetterà ulteriori pagamenti di contributo da soggetti che abbiano già compiuto 76 anni; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75esimo anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assistito.

Si precisa che, che **per i figli è previsto un limite di età di 35 anni**. Per i figli inabili non sussiste il limite di età.

## 8.5. 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'Assistito.

### 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'Assistito la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

## 8.6. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Assistiti sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute mette a disposizione 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'Assistito.

### 8.7. Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assistito.

### 8.8. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail [reclami@unisalute.it](mailto:reclami@unisalute.it)**.

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.hygeia.it](http://www.hygeia.it) o sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Centrale Operativa, contengono:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Centrale Operativa: [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet [https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net\\_it](https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.



Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l’Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un’istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l’assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l’assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l’attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell’Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

### **8.9. Diritto all’oblio oncologico**

A partire dal 2 gennaio 2024 in conformità alla Legge 7 dicembre 2023 n.193 che ha introdotto il “diritto all’oblio oncologico”, l’Assistito, guarito da una patologia oncologica senza episodi di recidiva ha diritto a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla legge.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) Informativa Oblio Oncologico.

### **8.10. Informativa “HOME INSURANCE” - indicazioni per l’accesso all’area riservata ai sensi del regolamento IVASS 41/2018 – ove sussistano i requisiti**

Ai sensi del 2° comma dell’art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute ([www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)) è disponibile un’apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Contributo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all’area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di “auto registrazione” disponibile nell’area stessa.

### **8.11. Informazioni sull’Impresa di Assicurazione**

#### **1. Informazioni generali**

UniSalute S.p.A. (“la Centrale Operativa”), soggetta all’attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all’Albo delle Centrali Operative capogruppo presso l’IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito

La Centrale Operativa è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla Centrale Operativa consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito:  
<https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

## **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2023, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 273,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 114,4 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2023, è pari ad € 111,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 32,4 milioni, a copertura dei quali la Centrale Operativa dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 247,3 milioni e ad € 245,1 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2023, pari a 2,22 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,57 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

## 9. ELENCO A - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata una apposita Commissione Tecnica, composta da due membri nominati dalla Centrale Operativa e da due membri nominati dalla Contraente, per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici indennizzabili ai sensi del Piano Sanitario, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

A) Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive. Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi gli interventi di chirurgia plastica, effettuati dagli assistiti, necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e delle loro eventuali successive sostituzioni.

B) Interventi per trapianti di organo: tutti.

C) Interventi ortopedici per:

- 1) impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;
- 2) amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;
- 3) disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;
- 4) disarticolazione dell'anca;
- 5) amputazione addomino-pelvica;
- 6) reimpianto di arti staccati
- 7) Ernia del disco

D) Interventi di neurochirurgia per:

- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale, evacuazione di ascesso intracerebrale;
- 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
- 3) intervento per encefalomeningocele;
- 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
- 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione

della vertebrale nel forame trasversario;

- 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- 9) cardiotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- 10) neurotomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- 18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- 19) trapianto di nervo;
- 20) artrodesi vertebrale.

E) Interventi di cardiocirurgia per:

- 1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- 2) tutti gli interventi a cuore chiuso;
- 3) impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

F) Interventi di chirurgia vascolare per:

- 1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- 2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
- 3) disostruzione by-pass aorta addominale;
- 4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 6) by pass aortocoronarico.

G) Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
- 2) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- 4) anchilosi temporo-mandibolare.

H) Interventi di chirurgia generale per:

- 1) diverticolosi esofagea;
- 2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
- 3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- 4) echinococcosi epatica e/o polmonare;
- 5) cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;

- 6) pancreatite acuta;
- 7) broncoscopia operativa;
- 8) resezione epatica;
- 9) epatico e coledocotomia;
- 10) interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- 11) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
- 12) laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- 13) interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- 14) intervento per mega-esofago;
- 15) resezione gastrica totale;
- 16) resezione gastro-digiunale;
- 17) intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- 18) interventi di amputazione del retto-ano;
- 19) interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- 20) drenaggio di ascesso epatico;
- 21) interventi chirurgici per ipertensione portale;
- 22) interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- 23) papillotomia per via transduodenale;
- 24) intervento di asportazione della milza;
- 25) resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I) Interventi di chirurgia urogenitale per:

- 1) fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica;
- 4) nefroureterectomia radicale;
- 5) surrenalectomia;
- 6) interventi di cistectomia totale;
- 7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- 8) cistoprostatovesicolectomia;
- 9) leocisto plastica;
- 10) colecisto plastica;
- 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J) Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) odontocheratoprotesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine; 4) chirurgia translabyrinthica della vertigine;

- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridociclotriazione, ecc);
- 6) chirurgia della sordità otosclerotica;
- 7) ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi eventi finalità estetica);
- 8) reimpianto orecchio amputato;
- 9) ricostruzione dell'orecchio medio;
- 10) incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

K) Interventi di chirurgia toracica per:

- 1) pneumectomia totale o parziale;
- 2) lobectomia polmonare;
- 3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- 4) interventi per fistole bronchiali;
- 5) interventi per echinococchi polmonare;
- 6) resezione segmentale del polmone;
- 7) dissezione radicale delle strutture toraciche;
- 8) trapianto di midollo osseo.

L) Interventi di chirurgia pediatrica per:

- 1) idrocefalo ipersecretivo;
- 2) polmone cistico e policistico;
- 3) atresia dell'esofago;
- 4) fistola dell'esofago;
- 5) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- 6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- 7) megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- 8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- 9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

## **10. ELENCO B – GRAVI EVENTI MORBOSI**

- A) Infarto miocardico acuto.
- B) Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni: I. dispnea; II. edemi declivi; III. aritmia; IV. angina instabile; V. edema o stasi polmonare; VI. ipossiemia.
- C) Neoplasia maligna.
- D) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: I. ulcere torbide; II. decubiti; III. neuropatie; IV. vasculopatie periferiche; V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- E) Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 60 giorni.
- F) Stato di coma.
- G) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.
- H) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale. Inoltre, limitatamente al solo caponucleo, sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:
- I) Tetraplegia.
- J) Sclerosi multipla.
- K) Sclerosi laterale amiotrofica.
- L) Alzheimer.
- M) Morbo di Parkinson caratterizzato da:  
I. riduzione attività motoria;  
II. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.



## 11. **SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA**

Gentile Cliente,

affinché Unisalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche di cui si appresta a richiedere il rimborso, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la Scheda Anamnestica Odontoiatrica (all. 1 alla Guida) **indicante le patologie e le pregresse riabilitazioni, rilevate PRIMA dell'erogazione delle terapie, durante le fasi diagnostiche pre trattamento.**

Tale scheda è stata suddivisa in due tabelle per rendere più agevole e uniforme la raccolta dei dati relativi allo stato di salute del suo cavo orale, **precedente alle prestazioni** odontoiatriche effettuate.

La documentazione compilata andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: Mutua Hygeia - UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

## Scheda Anamnestica Odontoiatrica

Il Sottoscritto/a	
Nato a	il _____ Codice Fiscale _____
Residente a	Prov _____ CAP _____
Via/Piazza	N° _____ N° tel. _____

**TABELLA 1 – Anamnesi clinica degli elementi dentali e dei tessuti parodontali**

*Si prega di barrare con una X gli elementi interessati*

Co dic e	Descrizio ne	Indicare gli elementi interessati															
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
X	ELEMENTO MANCANTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
O	OTTURAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
D	DEVITALIZZAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
IN	INTARSIO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RIC	RICOSTRUZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
W	CORONA PROTESICA SINGOLA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
F	FIXTURE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



MUTUA IMPRESE

HYGEIA

La tua mutua sanitaria

ENASARCO – PIANO SANITARIO ISCRITTI

PF	ELEMENTO DI PROTESI FISSA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PM	ELEMENTO DI PROTESI MOBILE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
P	PERNO MONCONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
S	ELEMENTO DI SCHELETRO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DP	DENTE PILASTRO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
C	CARIE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RA	RESIDUO RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FC	FRATTURA CORONALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ENV	ELEMENTO NON VITALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EDP	ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EMP	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO +	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM	ELEMENTO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

ENASARCO – PIANO SANITARIO ISCRITTI

1	IN MOBILITÀ GRADO 1	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM 2	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 2	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM 3	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 3	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RG MI	RECESSION E GENGIVALE CLASSE DI MILLER I	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RG MII	RECESSION E GENGIVALE CLASSE DI MILLER II	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CO R	CISTI (ODONTOGENA O RADICOLARE)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DO A	DIFETTO OSSEO ANGOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ERI	ELEMENTO RITENUTO OD INCLUSO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FR	FRATTURA RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CCI	CURA CANALARE INCONGRUA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
GP	GRANULOMA PERIAPICALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

## Scheda Anamnestica Odontoiatrica

### TABELLA 2 – Patologie del cavo orale

Indicare per esteso il quadro clinico rilevato: si prega di scrivere in stampatello in modo chiaro e leggibile.

*(Es.: recessione gengivale classe di Miller III: 1° e 2° quadrante; leucoplachia: mucosa geniena destra; frenulo: linguale; riassorbimento osseo orizzontale: diffuso; altre patologie delle mucose orali: mucocele labbro inferiore; ecc.)*

Codice	Descrizione	Indicare se presente
MLCI	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I	
MLCII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II	
MLCIII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE III	
TP	TORUS PALATINO	
TM	TORUS MANDIBOLARE	
FT	FRENULO TECTOLABIALE	
E	EPULIDE (GRANULOMA A CELLULE GIGANTI)	
L	LEUCOPLACHIA	
ESLT	ERITOPLACHIE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI	

APMO	ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI	
FRE	FRENULO	
RCGMIII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III	
RCGMIV	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV	
ROO	RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE	

**ATTENZIONE:** nella scheda anamnestica devono essere segnate le preesistenze (caries, elementi assenti, corone, otturazioni, fratture, ecc.) E NON le cure effettuate.

**ATTENZIONE:** La scheda anamnestica va compilata per l'intero cavo orale, non soltanto per il distretto oggetto di cure.

Note:

---



---



---

**Firma dell'odontoiatra**

**Data**

---



---

