



2024
2025

GUIDA

ALLE PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA

*Le prestazioni del piano sanitario
sono garantite da:*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le prestazioni dell'area ricovero contatta preventivamente il

Numero Verde

800-016637

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.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE



CONTATTI FASG&P

Foro Buonaparte, 59
20121, Milano
info@fasgep.it
Tel. 02 45377180
www.fasgep.it

1. SOMMARIO

1. SOMMARIO.....	1
2. BENVENUTO	6
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	6
3.1. Se scegli una struttura convenzionata	6
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata.....	7
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	9
4. SERVIZI ONLINE E MOBILE	9
4.1 Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	10
4.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?.....	10
4.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati?.....	11
4.4 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	12
4.5 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	12
4.6 Come faccio a consultare le prestazioni del mio piano sanitario?	13
4.7 Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.8 Come posso ottenere pareri medici?	13
4.9 L'app di UniSalute	13
4.10 Come faccio a scaricare l'app UniSalute?.....	14
4.11 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?.....	14
4.12 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	15
5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	15
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	16

PIANO BASE

- 6.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto "elenco

interventi chirurgici”	17
6.1.1 Neonati	19
6.1.2 Il limite di spesa annuo	19
6.1.3 Farmaci post ricovero in istituto di cura reso necessario da intervento chirurgico ricompreso nell'allegato	19
6.1.4 Ospedalizzazione domiciliare per intervento chirurgico intendendo per tali quelli elencati al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”	20
6.1.5 Indennità sostitutiva, diaria da convalescenza e indennità giornaliera	20
6.1.5.1 Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”	20
6.1.5.2 Diaria da convalescenza per ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”	21
6.1.5.3 Indennità giornaliera per ricovero medico e per ricovero con intervento chirurgico non compreso tra quelli elencati al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”	22
6.2 Prestazioni di alta specializzazione	22
6.3 Visite specialistiche	24
6.4 Accertamenti diagnostici	25
6.5 Trattamenti fisioterapici riabilitativi	26
6.6 Trattamenti fisioterapici riabilitativi conseguenti a patologie particolari	27
6.7 Rimborso ticket per prestazioni di alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici riabilitativi	29
6.8 Pacchetto maternità	29
6.9 Cure oncologiche	30
6.10 Protesi ortopediche ed apparecchi acustici	31
6.11 Lenti	31
6.12 Cure termali	31
6.13 Odontoiatria/ortodonzia	32
6.14 Prestazioni di implantologia (copertura valida solo per il dipendente)	33
6.14.1 Applicazione di quattro o più impianti	33
6.14.2 Applicazione di tre impianti	34
6.15 Cure dentarie da infortunio	35

6.16	Interventi chirurgici odontoiatrici	36
6.17	Prestazioni diagnostiche particolari	38
6.18	Stati di non autosufficienza consolidata/permanente- protezione completa per iscritti con eta' minima 18 anni	39
6.18.1	Oggetto della copertura	39
6.18.2	Condizioni di associabilità	40
6.18.3	Limite di spesa mensile garantito	40
6.18.4	Termine per l'indennizzo	41
6.18.5	Definizione dello stato di non autosufficienza permanente	41
6.18.6	Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / rimborso spese in caso di permanenza in RSA	43
6.18.7	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente	48
6.18.8	Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi	51
6.18.8.1	Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali	51
6.18.8.2	Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA	52
6.18.9	Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	53
6.19	Stati di non autosufficienza temporanea per iscritti con eta' minima 18 anni	53
6.19.1	Oggetto della copertura	53
6.19.2	Condizioni di associabilità	53
6.19.3	Limite di spesa mensile garantito	54
6.19.4	Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea	54
6.19.5	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea	55
6.19.6	Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza	58
6.19.7	Erogazione diretta della prestazione di assistenza	58
6.19.8	Richiesta di rimborso spese	59
6.19.9	Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	60
6.20	Grave inabilita' determinata da invalidita' permanente da infortunio sul lavoro, da gravi patologie o eventi – (copertura valida solo per il dipendente)	60
6.21	Riabilitazione a seguito di autismo, dislessia o sindrome di down (copertura valevole per ragazzi fino a 19 anni)	61
6.22	Spese di viaggio e pernottamento dei genitori in caso di	

malattia genetica	62
6.23 Servizio monitor salute	63
6.23.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche	64
6.24 SERVIZI SALUTE FRUIBILI TRAMITE APP SISALUTE UP (che gli iscritti possono offrire ai propri familiari non iscritti al piano sanitario)	65
6.25 Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute	66

PIANO PLUS

6.26 Alta specializzazione	67
6.27 Prestazioni di implantologia	69
6.27.1 Applicazione di quattro o più impianti	69
6.27.2 Applicazione di tre impianti	70
6.28 Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa per iscritti con età minima 18 anni	71
6.28.1 Oggetto della copertura	71
6.28.2 Condizioni di associabilità	71
6.28.3 Limite di spesa mensile garantito	72
6.28.4 Termine per l'indennizzo	72
6.28.5 Definizione dello stato di non autosufficienza	72
6.28.6 Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / rimborso spese in caso di permanenza in RSA	76
6.28.7 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente	80
6.28.8 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi	83
6.28.8.1 Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali	83
6.28.8.2 Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA	84
6.28.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza ..	85
6.29 Pacchetto maternità	86
6.30 Prevenzione cardiologica	88
6.31 Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche	88
6.32 Sindrome metabolica	89
6.33 Procreazione medicalmente assistita	90
6.34 Servizi di consulenza e assistenza PIANO BASE	91

6.34.1 Servizi di assistenza PIANO PLUS in aggiunta al Piano Base ...	94
7 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	95
8 CONTRIBUTI.....	97
9 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	97
9.1 Decorrenza e durata dell'assicurazione.....	97
9.2 Inclusioni/esclusioni.....	98
9.3 Validità territoriale.....	102
9.4 Limiti di età	102
9.5 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	103
9.6 Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?.....	104
9.7 Foro competente	104
9.8 Reclami	104
9.9 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018	106
9.10 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	107
10 ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI	108
11 SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA.....	116

2. BENVENUTO

La “Guida al Piano Sanitario” è un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo della copertura sanitaria. All'interno della Guida trovi l'indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano. Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un'area riservata con pratiche funzioni online che 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

Il Fondo FASG&P, attraverso 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 nell'Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. E' sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi: non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra Il Fondo FASG&P, 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 dal Fondo FASG&P, attraverso 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.

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

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata

È possibile utilizzare strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo FASG&P, solo per alcune tipologie di prestazioni previste dal Piano Sanitario e previa pre-autorizzazione di UniSalute.



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) al **Fondo FASG&P presso 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.fasgep.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti, e successive al ricovero e ad esso 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;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanziamiento. Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da UniSalute.

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

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

E' bene sapere che dovrai consentire controlli medici eventualmente disposti dal Fondo FASG&P e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione, la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



Richiesta rimborso online

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

In alternativa, invia al **Fondo FASG&P** presso **UniSalute S.p.A. - Rimborси 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.

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

- **prenotare** presso le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo FASG&P varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario non connesse ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- **chiedere i rimborси 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** da UniSalute per il Fondo FASG&P;
- ottenere **pareri medici**.

4.1 Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Riservata?

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 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.

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

Attraverso l'Area riservata 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 puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente a UniSalute, sempre tramite il sito.

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

Attenzione: accertati di aver ricevuto la comunicazione (mail) di “autorizzazione” che porterai con te presso il centro convenzionato; qualora non l'avessi ricevuta contatta preventivamente la Centrale Operativa.

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!

4.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area riservata e accedi all'area “Aggiorna dati”. In base alle tue esigenze puoi:

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di

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

4.4 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area riservata, accedi alla sezione “**Richiedi un nuovo rimborso**” e seleziona la funzione di interesse.



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 al **Fondo FASG&P presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

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

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

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

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

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

4.6 Come faccio a consultare le prestazioni del mio piano sanitario?

Entra nell'Area riservata e accedi alla sezione “**Polizze**”.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano sanitario.

4.7 Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

Accedi, nell'Area riservata, accedi alla sezione “**Strutture**”.

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

4.8 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.

4.9 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.

4.10 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 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!

4.11 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi, dove previsto dal Piano, 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.

4.12 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!

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano Sanitario è prestato a favore dei lavoratori cui si applica il CCNL vigente per gli addetti all’industria della gomma, cavi elettrici ed affini e all’industria delle materie plastiche intesi come:

- lavoratori operai, qualifiche speciali, impiegati e quadri, non in prova, con rapporto a tempo indeterminato cui si applica il CCNL vigente, purché non già aderenti ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa istituita a livello aziendale (fondo, cassa o polizza associativa);
- lavoratori non in prova con contratto di apprendistato e con contratto a tempo determinato di durata non inferiore a 12

mesi; cui si applica il CCNL vigente, purché non già aderenti ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa istituita a livello aziendale (fondo, cassa o polizza associativa);

- i lavoratori provenienti da aziende in cui alla data del 1° gennaio 2023 operi già una forma di assistenza sanitaria integrativa e che, in conformità a quanto previsto dallo Statuto del Fondo, abbiano definito un accordo o un Regolamento di confluenza totale o parziale nel Fondo;
- i dipendenti delle Organizzazioni firmatarie del vigente CCNL per gli addetti all'industria della gomma, cavi elettrici ed affini e all'industria delle materie plastiche.

La copertura del Piano Base può essere estesa:

- *con versamento del relativo premio a carico del lavoratore* - ai componenti del nucleo familiare del lavoratore stesso, inteso come **coniuge o convivente** (se, al momento della presentazione della richiesta di adesione, convive da almeno un anno con l'Assicurato iscritto), **figli** fino al compimento del 26esimo anno di età, che non percepiscano un reddito superiore alla soglia fiscalmente prevista, secondo le vigenti disposizioni di legge.
- *a titolo gratuito* - ai **figli invalidi** con percentuale d'invalidità uguale o superiore al 66% senza limite di età, i quali potranno usufruire di tutte le coperture previste dal piano sanitario.
- *a titolo gratuito* - ai **figli affetti** da Autismo, Dislessia o Sindrome di Down (solo ed esclusivamente per l'utilizzo della copertura "Riabilitazione a seguito di autismo, dislessia o sindrome di down (valevole per i ragazzi fino a 19 anni)".

Definizione di Piano Nucleo familiare:

NUCLEO 1 (Lavoratore e un solo componente del nucleo familiare)

NUCLEO 2 (Lavoratore e 2 o più componenti del nucleo familiare)

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni: per l'elenco delle prestazioni consulta l'indice all'inizio di questo documento.

PIANO BASE
(copertura valida per i dipendenti e i familiari)

**6.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico,
intendendo per tali quelli elencati al successivo punto
“elenco interventi chirurgici”**

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l’Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati al successivo punto “Elenco interventi chirurgici” può godere delle seguenti prestazioni:

PRE-RICOVERO	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l’inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall’infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
INTERVENTO CHIRURGICO	Onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
RETTA DI DEGENZA	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
ACCOMPAGNATORE	Retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore nell’Istituto di cura o in struttura alberghiera.

POST-RICOVERO	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
----------------------	---

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture convenzionate, **all'interno del limite annuo previsto per singolo intervento di cui al successivo punto "Elenco interventi chirurgici"**, ad eccezione della copertura "Pre-ricovero" che prevede specifici limiti.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, più vicina alla residenza/domicilio stesso.**

Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate alle stesse condizioni economiche previste nelle strutture

convenzionate con il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, all'interno del limite annuo previsto per singolo intervento di cui al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Il Piano sanitario rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto.

6.1.1 Neonati

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le spese per le prestazioni di cui ai punti:

“Ricovero in Istituto di cura”

“Pre ricovero”

“Intervento chirurgico”

“Assistenza medica, medicinali, cure”

“Retta di degenza”

“Accompagnatore”

“Post-ricovero” nel limite annuo di **€ 10.000,00** per neonato sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

6.1.2 Il limite di spesa annuo

Il limite di spesa annuo corrisponde a quello indicato ad ogni singolo intervento elencato al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”.

6.1.3 Farmaci post ricovero in istituto di cura reso necessario da intervento chirurgico ricompreso nell'allegato

A seguito di ricovero indennizzabile dal contratto (“Elenco interventi chirurgici”) è previsto il rimborso dei farmaci di fascia A, C, inclusi medicinali omeopatici, se prescritti all'atto delle dimissioni e collegati alla patologia che ha determinato il ricovero stesso.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 150,00 per Iscritto.

6.1.4 Ospedalizzazione domiciliare per intervento chirurgico intendendo per tali quelli elencati al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”

Il Piano Sanitario, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero indennizzabile a termini di polizza (“Elenco interventi chirurgici”), e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l’Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

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

6.1.5 Indennità sostitutiva, diaria da convalescenza e indennità giornaliera

La disponibilità annua per l’insieme delle prestazioni di cui al presente punto “Indennità sostitutiva, diaria da convalescenza e indennità giornaliera” è di € 10.000,00 per nucleo familiare

6.1.5.1 Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”

L’Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità del Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, di provvedere al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero

e/o ticket sanitari, avrà diritto a un'indennità di **€ 145,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **10** giorni per ogni ricovero. La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Per ricovero si intende la degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria, il Day Hospital e il Day Surgery. Al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.1.5.2 Diaria da convalescenza per ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico previsto dall'allegato “Elenco interventi chirurgici”, alla presente polizza, indennizzabile a termini di polizza, il Piano Sanitario garantisce una diaria da convalescenza di **€ 50,00** al giorno per un massimo di 10 giorni per anno associativo e per nucleo familiare.

La convalescenza dev'essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.

Rimane inteso che la presente copertura è operante in modo aggiuntivo alle eventuali prestazioni erogate e/o indennizzate a seguito di ricovero con intervento chirurgico previsto all’“Elenco interventi chirurgici”.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico indennizzabile dal Piano sanitario, viene garantita una diaria da convalescenza di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **10** giorni per anno associativo e per nucleo familiare.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.

Rimane inteso che la presente diaria è operante in modo aggiuntivo alle eventuali coperture erogate e/o indennizzate a seguito di

ricovero con intervento chirurgico di cui al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”.

6.1.5.3 Indennità giornaliera per ricovero medico e per ricovero con intervento chirurgico non compreso tra quelli elencati al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”

L’Iscritto, in caso di ricovero in istituto di cura per ricovero medico o per ricovero con intervento chirurgico non compreso tra quelli elencati al successivo punto “Elenco interventi chirurgici”, avrà diritto a un’indennità di **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per ogni ricovero. **L’indennità verrà erogata a partire dal 6° giorno di ricovero.**

La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

La presente indennità giornaliera si intende erogabile anche in caso di **parto naturale o cesareo** oppure in caso di **aborto terapeutico o spontaneo**.

6.2 Prestazioni di alta specializzazione

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ercp)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Daciocistografia/Daciocistotac
- Defecografia
- Fistolografia

- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Wirsungografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungografia

Accertamenti:

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie:

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia
- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate

direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell’Iscritto di **€ 25,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall’Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L’Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

L’utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l’Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionato da UniSalute per il Fondo FASG&P, più vicina alla residenza/domicilio stesso.**

Per usufruire della prestazione richiesta l’Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per prestazione/ciclo di terapia.**

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 4.000,00 per Iscritto.

6.3 Visite specialistiche

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l’esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un’eventuale patologia. I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l’indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

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

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell’Iscritto di **€ 25,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall’Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L’Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

L’utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l’Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso.**

Per usufruire della prestazione richiesta l’Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per ogni visita specialistica.**

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per Iscritto.

6.4 Accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l’esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell’Iscritto di **€ 25,00 per accertamento diagnostico**, che dovrà essere versata dall’Iscritto alla

struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso.**

Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per ogni accertamento diagnostico.**

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

6.5 Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, compresa anche la fisiokinesiterapia, a seguito di malattia o infortunio esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inherente 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.

Sono escluse dalla copertura prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Non rientrano in copertura le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel,

centri benessere anche se con annesso centro medico.

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

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell’Iscritto di € 25,00 per ogni ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall’Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L’Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante come sopra indicato.

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

L’utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l’Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso.**

Per usufruire della prestazione richiesta l’Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile **di € 25,00 per ciclo di terapia.**

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 100,00
per Iscritto.**

6.6 Trattamenti fisioterapici riabilitativi consequenti a patologie particolari

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inherente 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.

Rientrano in copertura i trattamenti fisioterapici conseguenti a:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi d'anca
- Protesi ginocchio
- Patologie polmonari

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

• **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 25,00 per ogni ciclo di terapia**, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante come sopra indicato.

• **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate.**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso.**

Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per fattura/persona.**

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 200,00
per Iscritto.**

6.7 Rimborso ticket per prestazioni di alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici riabilitativi

Il Piano sanitario, nel caso in cui l’Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, per le prestazioni previste ai punti “Alta specializzazione”, “Visite specialistiche”, “Accertamenti diagnostici” e “Trattamenti fisioterapici riabilitativi”, rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell’Iscritto.

Si intendono compresi anche i ticket emessi dal Pronto Soccorso e di **garanzie non previste dal Piano Sanitario** (con l’esclusione dei farmaci)

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

6.8 Pacchetto maternità

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

In gravidanza

- Ecografie di controllo, da fruirsi, a scelta dell’Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Amniocentesi, da fruirsi, a scelta dell’Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell’Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull’andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell’Iscritta,

presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;

- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute nei limiti del massimale annuo previsto. La copertura potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con UniSalute per il Fondo FASG&P.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

<p style="text-align: center;">La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 per Iscritto.</p>
--

6.9 Cure oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche, il Piano sanitario liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero) con un limite di spesa annuo autonomo.

Si intendono inclusi in copertura anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza alcun importo a carico dell'Iscritto**.

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

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

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 5.000,00
per nucleo familiare.**

6.10 Protesi ortopediche ed apparecchi acustici

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche ed apparecchi acustici.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** e con un minimo non indennizzabile di **€ 100,00 per fattura/persona**.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.000,00
per Iscritto**

6.11 Lenti

Il Piano sanitario rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto.

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

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 75,00
per nucleo familiare.**

6.12 Cure termali

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese sostenute per cure termali (sono comunque escluse le spese di natura alberghiera) conseguenti a malattia o a infortunio, sempreché siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, senza alcun importo a carico dell'Iscritto. L'Iscritto dovrà

inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**75%**, con un minimo non indennizzabile di **€ 70,00 per fattura**. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00
per Iscritto.**

6.13 Odontoiatria/ortodonzia

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

Rientrano in copertura visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

Si specifica che le prestazioni di Implantologia si intendono escluse da questa copertura, vengono riconosciute con le modalità previste al successivo punto 6.14

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, con l'applicazione di **un minimo non indennizzabile del 20%**, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso.**

Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km.

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80% per fattura/persona.**

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 250,00 in caso di copertura del solo dipendente;
di € 300,00 in caso di copertura del solo dipendente con un solo
componente del proprio nucleo familiare;
di € 350,00 nel caso di copertura del solo dipendente con due o
più componenti del proprio nucleo familiare.**

6.14 Prestazioni di implantologia (copertura valida solo per il dipendente)

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00
per Iscritto.**

6.14.1 Applicazione di quattro o più impianti

Il Piano sanitario opera nel caso di applicazione di quattro o più 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 4 o più impianti.

La presente copertura viene prestata **solo in forma diretta**, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con Fondo FASG&P, per il tramite di UniSalute.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

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

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

6.14.2 Applicazione di tre impianti

È previsto un sottolimite annuo di € 1.500,00 nel caso di applicazione di tre 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 3 impianti.

La presente copertura viene prestata **solo in forma diretta**, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo FASG&P, per il tramite di UniSalute.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

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

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

6.15 Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del piano” al punto 3, Il Piano sanitario liquida all’Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell’evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

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

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, con l’applicazione di un **minimo non indennizzabile del 20%**, che dovrà essere versato dall’Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell’emissione della fattura.

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

L’utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l’Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso.**

Per usufruire della prestazione richiesta l’Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km.

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell’ **80% per fattura/persona.**

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i

ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 1.000,00
per nucleo familiare.**

6.16 Interventi chirurgici odontoiatrici

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso del cavo orale;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti radicolari;
- cisti follicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.);
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Solo nei casi sopraelencati è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale a completamento dell'intervento.

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

La documentazione medica necessaria per ottenere l'indennizzo consiste in:

radiografie e referti radiologici per:

- osteiti mascellari;
- iperostosi;
- osteomi;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;

- intervento per iperstosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.);

radiografie, referti radiologici e referti istologici per:

- odontoma;
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- adamantinoma;
- neoplasie ossee;

fotografia digitale post intervento:

- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto.

• Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, con l’applicazione di un **minimo non indennizzabile del 20%**, che dovrà essere versato dall’Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell’emissione della fattura.

• In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

L’utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui **l’Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata con UniSalute più vicina alla residenza/domicilio stesso.**

Per usufruire della prestazione richiesta l’Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km.

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell’ **80% per fattura/persona.**

• Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto.

Relativamente al regime ospedaliero si precisa che in questo caso, oltre ai costi dell'equipe operatoria, sono compresi i costi (nei limiti previsti dalle coperture sottoelencate) relativi a:

- **Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopraindicato.
- **Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- **Rette di degenza:** Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00
per nucleo familiare.**

6.17 Prestazioni diagnostiche particolari

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASG&P 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.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Prestazioni previste, per gli uomini e per le donne, una volta l'anno:

- 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
- elettrocardiogramma di base

PREVENZIONE ONCOLOGICA

in aggiunta alla “Prevenzione Cardiovascolare”, sono previste anche le seguenti prestazioni una volta l’anno:

per gli uomini:

- PSA

per le donne:

- mammografia + Pap-test

Sia per gli uomini che per le donne:

- feci: ricerca del sangue occulto
- ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)

6.18 Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa per iscritti con eta' minima 18 anni

6.18.1 Oggetto della copertura

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del piano”, Il Piano sanitario, nel limite di spesa mensile di cui al punto “Limite di spesa garantito”, prevede attraverso la propria rete di strutture convenzionate l’erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo punto “Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA” al punto 4, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell’Iscritto.

6.18.2 Condizioni di associabilità

All'effetto del Piano sanitario, ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte devono rientrare nelle seguenti condizioni:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a) Lavarsi;
 - b) vestirsi e svestirsi;
 - c) andare al bagno e usarlo;
 - d) spostarsi;
 - e) continenza;
 - f) nutrirsi.
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.18.3 Limite di spesa mensile garantito

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sottoindicate corrisponde a **€ 300,00** per la durata massima di **12** mesi.

6.18.4 Termine per l'indennizzo

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute riconoscerà l'indennizzo se l'Iscritto si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla Compagnia dello stato di non autosufficienza.

6.18.5 Definizione dello stato di non autosufficienza permanente

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Iscritto nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA	
ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA	punteggio
LAVARSI	
1° grado L'Iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo.	0
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.	5
3° grado L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno.	10
VESTIRSI E SVESTIRSI	
1° grado L'Iscritto è in grado di vestirsi e svestirsi in	0

modo completamente autonomo.	
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi.	5
3° grado L'Iscritto necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi.	10
ANDARE AL BAGNO E USARLO	
1° grado L'Iscritto è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno, (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi, (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.	0
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	5
3° grado L'Iscritto necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	10
SPOSTARSI	
1° grado l'Iscritto è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi.	0
2° grado L'Iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore.	5
3° grado l'Iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi.	10
CONTINENZA	
1° grado L'Iscritto è completamente continent.	0
2° grado L'Iscritto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	5

3° grado L'Iscritto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia.	10
NUTRIRSI	
1° grado L'Iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	0
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: – sminuzzare/tagliare cibo – sbucciare la frutta – aprire un contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere.	5
3° grado L'Iscritto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	10

6.18.6 Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / rimborso spese in caso di permanenza in RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, dovrà telefonare alla Centrale Operativa (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde **indicato a inizio guida** e fornire le informazioni richieste per potere fruire, nell'ambito del limite di spesa mensile previsto al punto “Limite di spesa mensile garantito” e previa valutazione del Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, intervistando telefonicamente l’Iscritto, l’amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell’Iscritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all’Iscritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l’Iscritto, l’amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell’Iscritto, dovrà produrre la documentazione specificata al successivo punto “Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte del Fondo FASG&P attraverso UniSalute”. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all’Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l’indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all’Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall’Iscritto o dai familiari.

Qualora l’Iscritto nel limite di spesa mensile previsto di cui al punto “Limite di spesa mensile garantito”, provvederà a prenotare,

autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell’Iscritto che nelle strutture stesse.

All’Iscritto verrà fornita una lettera con l’indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l’elenco delle prestazioni che resteranno a carico del Fondo FASG&P, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell’Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall’Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall’Iscritto, dall’amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell’Iscritto, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario
 - Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni, **esclusivamente in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo FASG&P**, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a monitorare costantemente l’andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall’Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l’erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell’esaurimento del limite di spesa mensile previsto, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell’Iscritto, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case

Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte delle strutture convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari. Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte delle strutture convenzionate, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, si riserva la facoltà di sottoporre l'Iscritto ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Iscritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate attraverso UniSalute, nel limite di spesa mensile previsto.

Qualora invece le condizioni dell’Iscritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell’Iscritto stesso.

3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all’Iscritto. Laddove il punteggio assegnato dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, al termine dell’istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all’Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24. Inoltre, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l’indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all’Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall’Iscritto o dai familiari. Qualora l’Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell’Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l’applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l’appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l’Iscritto e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

4) Qualora l’Iscritto sia “assistito” presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a rimborsargli, nel limite di spesa previsto al punto “Limite di spesa mensile garantito”, esclusivamente la retta mensile.

6.18.7 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l’Iscritto, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell’Iscritto, dovranno:

- a) Chiamare il numero verde gratuito **indicato a inizio guida** e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.
- b) Produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Fondo FASG&P presso UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
 - il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
 - il modulo di informativa al cliente sull’uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
 - il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto e la relativa data d’insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l’origine incidentale o patologica dell’affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
 - il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell’Iscritto;
 - Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;

- Qualora l’Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FASG&P, presso UniSalute, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l’impossibilità per il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, di erogare il miglior servizio nell’ambito della propria rete convenzionata.

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l’Iscritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, insieme all’esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura decorre dal momento in cui il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell’Iscritto.

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

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Iscritto è ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d’ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell’Iscritto, dovrà essere inviata al Fondo FASG&P, presso UniSalute.

Quest’ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dalla presente copertura all’effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, quando il Piano sanitario sia ancora in vigore e:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall’ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l’aggravarsi dello stato di salute dell’Iscritto intervenuti dopo l’ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dal Piano sanitario, con le modalità di cui ai punti “Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali” e “Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA” decorre dal momento in cui il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell’Iscritto.

6.18.8 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte del Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, secondo le condizioni del punto “Definizione dello stato di non autosufficienza” dà diritto all’Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all’attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l’erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti al punto “Limite di spesa mensile garantito” - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti:

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

6.18.8.1 Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali

In caso di erogazione delle prestazioni, avvalendosi di strutture e/o di personale convenzionati, il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l’Iscritto opti per il pagamento diretto della badante da parte del Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall’Iscritto oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell’Iscritto.

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

6.18.8.2 Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Fondo FASG&P – presso UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FASG&P, presso UniSalute, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato su presentazione al Fondo FASG&P, presso UniSalute, della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente

quietanzata. Inoltre, l’Iscritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell’avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

6.18.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell’Iscritto, a controlli presso l’Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l’invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell’Iscritto.

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

6.19 Stati di non autosufficienza temporanea per iscritti con età minima 18 anni

6.19.1 Oggetto della copertura

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l’erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all’Iscritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”.

6.19.2 Condizioni di associabilità

Ai fini dell’operatività della copertura, le persone iscritte non devono rientrare in una delle seguenti condizioni:

1. Avere attualmente bisogno dell’aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi;

- b) lavarsi;
 - c) vestirsi;
 - d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
 3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
 4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.19.3 Limite di spesa mensile garantito

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto “Definizione dello stato di non autosufficienza” corrisponde a **€ 300,00** da corrispondersi per una durata massima di **12** mesi.

6.19.4 Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea

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

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);

- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente);
e necessiti temporaneamente ma in modo costante:
 - o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

6.19.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea

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

- a) chiamare il **numero verde gratuito indicato a inizio guida** e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre al Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, ai fini della valutazione medica finale;
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Fondo FASG&P presso UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione – Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali

ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, ha la facoltà di sottoporre l’Iscritto ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato le coperture del Piano sanitario non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, insieme all’esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l’Iscritto o un suo rappresentante.

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

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto

“Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Iscritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d’ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell’Iscritto, dovrà essere inviata al Fondo FASG&P, presso UniSalute.

Quest’ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell’Iscritto.

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste nella presente copertura, all’effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura, con le modalità di cui ai punti “Erogazione diretta delle prestazioni di assistenza” e “Richiesta di rimborso spese” decorre dal momento in cui il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell’Iscritto.

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

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte del Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, secondo le condizioni del punto “Definizione dello stato di non autosufficienza” dà diritto all’Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti al punto “Limite di spesa mensile garantito” - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti:

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

L’erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell’Iscritto.

6.19.7 Erogazione diretta della prestazione di assistenza

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

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all’Iscritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture del Piano sanitario, eccedenti il limite di spesa garantito o non autorizzate dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute.

6.19.8 Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Fondo FASG&P presso UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Iscritto;
- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- qualora l'Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FASG&P presso UniSalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato su presentazione al Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, della

documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l’Iscritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell’avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

6.19.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell’Iscritto, a controlli presso l’Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l’invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell’Iscritto.

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

6.20 Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro, da gravi patologie o eventi – (copertura valida solo per il dipendente)

Con un limite di **€ 7.000**, il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute rimborsa le spese sanitarie e/o l’erogazione di servizi di assistenza per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un’invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie o eventi:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi;
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo sp. o pancreas;

- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

Si precisa che la copertura è operante solamente qualora:

- l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso e deve essere avvenuto durante l'operatività del contratto;
- le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del contratto;
- gli eventi elencati devono avvenire durante l'operatività del contratto.

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

La disponibilità per la presente copertura è di € 7.000,00 per Iscritto.

Tale limite è da intendersi contrattuale e quindi fruibile nel corso dei primi due anni del presente contratto.

6.21 Riabilitazione a seguito di autismo, dislessia o sindrome di down (copertura valevole per ragazzi fino a 19 anni)

il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti riabilitativi a seguito di autismo, dislessia o sindrome di Down, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano state certificate e riconosciute dalla ASL di competenza.

Sarà sufficiente produrre copia di tale certificazione solo all'atto della prima richiesta di erogazione delle prestazioni.

Il Piano sanitario comprende l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- visite Psicologiche effettuate da Psicologo iscritto all'Albo
- visite Neuropsichiatriche
- percorsi di neuro-psicologia e/o di neuro-psichiatria
- visite Pediatriche

- prestazioni di Logopedia
- neuro e psicomotricità (anche integrata in Ottica Psicomotoria e Neuropsicologica per i disturbi dello spettro autistico)
- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 35,00 per ogni ciclo di terapia**, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00 per ogni ciclo di terapia**.

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.

6.22 Spese di viaggio e pernottamento dei genitori in caso di malattia genetica

Qualora ad un figlio di età inferiore ai 19 anni di un iscritto al Fondo, venga diagnosticata una malattia genetica che comporti la necessità di uno o più ricoveri presso strutture sanitarie che distano più di 50 km dalla propria abitazione, il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà al rimborso delle spese di viaggio del genitore dal luogo di abitazione al luogo in cui è ricoverato il figlio e successivo rientro fino ad un massimo di **€ 3.000 per anno/nucleo**. Nell'ambito di questo massimale si intendono comprese anche le spese per il pernottamento presso la struttura ospedaliera oppure presso strutture alberghiere limitrofe.

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

La copertura sarà operante per ricoveri avvenuti entro un anno dalla data della prima diagnosi della malattia genetica.

Per il rimborso sarà necessario presentare copia della documentazione fiscale e copia della cartella clinica completa del ricovero del figlio.

6.23 Servizio monitor salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con UniSalute Servizi S.r.l., società controllata da UniSalute S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni.

Per attivare il Servizio, l’Iscritto dovrà compilare l’adesione presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell’Area Riservata nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L’Iscritto dovrà quindi collegarsi al sito dedicato all’iniziativa, inserire il proprio codice fiscale, e compilare il questionario.

Nel caso in cui l’Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, UniSalute Servizi S.r.l. provvederà all’invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all’attivazione degli stessi.

UniSalute, che interviene in qualità di Centro Servizi ai sensi della normativa sulla Telemedicina, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all’occorrenza contatterà telefonicamente l’Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L’Iscritto avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato al punto “Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche”.

Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere invece informazioni sul servizio, l’Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato **800-169009**.

La presente copertura è prestata per l’intera annualità associativa sempre che l’Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

6.23.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nel punto “Servizio Monitor Salute”, Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti, con le modalità sotto indicate.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse, **senza alcun importo a carico dell’Iscritto**. L’Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

L’utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è **consentito solo nel caso in cui l’Iscritto sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate**.

In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno **scoperto o franchigia**. Per ottenere il rimborso è necessario che l’Iscritto alleghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto.

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

6.24 SERVIZI SALUTE FRUIBILI TRAMITE APP SISALUTE UP (che gli iscritti possono offrire ai propri familiari non iscritti al piano sanitario)

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, offre agli iscritti al Piano sanitario la possibilità di offrire ad un proprio familiare non iscritto diversi servizi per la protezione della salute fruibili tramite l'App SiSalute Up.



- **Visite, Esami e Fisioterapia:** Accesso al network di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASG&P, Servizi per effettuare prestazioni sanitarie (esami, visite e fisioterapia) a tariffe scontate rispetto ai prezzi di mercato, nel limite di n. 5 prestazioni a tariffa agevolata.
- **Medico risponde:** servizio che permette di parlare con un medico di medicina generale oppure di scambiare documenti ed effettuare televisite direttamente all'interno dell'app:
 - Teleconsulto con Medico di medicina generale H24 7/7 nel limite di n. 1 teleconsulti telefonici
 - Chat con il Medico di medicina generale dedicato
 - Televisita con il Medico di medicina generale dedicato nel limite di n. 2 videoconsulti online

- **Care Manager:** servizio di consulenza remota con operatore specializzato nella gestione di servizi Salute per indirizzamento e supporto nell'utilizzo dei servizi.
- **Televisite:** accesso al network di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P, Servizi per il servizio di Televisita specialistica a tariffa scontata (oltre 45 discipline coperte) per approfondimento di referti e second opinion.
- **Pharma Checker:** servizio di E-Triage che supporta l'utente nell'individuazione del farmaco più adatto nella risoluzione delle problematiche frequenti (es strappo muscolare, bruciore di stomaco, etc).
- **Pharma:** servizio di consultazione delle informazioni legate a Farmaci da Banco e Parafarmaci (foglietto illustrativo, posologia, effetti indesiderati, prezzo, etc).
- **Blog InSalute:** possibilità di consultare articoli e informazioni utili sulla salute e il Benessere (Es Le malattie comuni dei bambini, le proprietà benefiche della zucca, etc).

6.25 Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa previsto o perché inferiore ai minimi non indennizzabili e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura , prescelta tra quelle convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

PIANO PLUS
(copertura valida per il solo dipendente)

6.26 Alta specializzazione

**La disponibilità annua per la presente copertura è di € 6.000,00
per Iscritto.**

**Tale importo si intende aggiuntivo a quanto previsto nel punto 6.2
“Prestazioni di alta specializzazione” dal PIANO BASE**

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia

- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti:

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie:

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

Endoscopie:

- Pan colonscopia
- esofagogastroduodenoscopia

Si intendono in copertura le prestazioni endoscopiche sia a scopo diagnostico che terapeutico operativo, rientrano pertanto in tale copertura eventuali asportazioni (per esempio biopsia, polipectomie, ecc) se eseguite contestualmente all'accertamento endoscopico.

• **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia**, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate.

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Iscritto fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 20 km rispetto alla struttura sanitaria convenzionata da UniSalute per il Fondo FASG&P, più vicina alla residenza/domicilio stesso.

Per usufruire della prestazione richiesta l'Iscritto potrà recarsi, previo contatto telefonico con la Centrale Operativa e per effettuare solo tale prestazione, presso una struttura sanitaria non convenzionata rientrante nel raggio di 20 km. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00 per prestazione/ciclo di terapia.**

6.27 Prestazioni di implantologia

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 500,00 per anno e per persona.

Tale importo si intende aggiuntivo a quanto previsto nel punto 6.14 "Prestazioni di implantologia" dal PIANO BASE

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

6.27.1 Applicazione di quattro o più impianti

La copertura opera nel caso di applicazione di quattro o più 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 4 o più impianti.

La presente copertura viene prestata **solo in forma diretta**, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo FASG&P, per il tramite di UniSalute.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.**

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

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

6.27.2 Applicazione di tre impianti

È previsto un sottolimite annuo di € 500,00 nel caso di applicazione di tre impianti previsti dal medesimo piano di cura. Tale importo si intende aggiuntivo a quanto previsto nel punto 6.14.2 “Applicazioni di tre impianti” dal PIANO BASE

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 3 impianti. La presente copertura viene prestata **solo in forma diretta**, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo FASG&P, per il tramite di UniSalute.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

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

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

6.28 Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa per iscritti con età minima 18 anni

6.28.1 Oggetto della copertura

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del piano”, Il Piano sanitario, nel limite di spesa mensile di cui al punto “Limite di spesa garantito”, prevede attraverso la propria rete di strutture convenzionate l’erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo punto “Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA” al punto 4, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell’Iscritto.

6.28.2 Condizioni di associabilità

All’effetto del Piano sanitario, ai fini dell’operatività della copertura, le persone iscritte devono rientrare nelle seguenti condizioni:

1. Non avere bisogno dell’aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a) Lavarsi;
 - b) vestirsi e svestirsi;
 - c) andare al bagno e usarlo;
 - d) spostarsi;
 - e) continenza;
 - f) nutrirsi.
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da

- ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.28.3 Limite di spesa mensile garantito

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate corrisponde a **€ 500,00** per la durata massima di **12** mesi.
Tale importo si intende aggiuntivo a quanto previsto nel punto 6.18.3 “Limite di spesa mensile garantito” dal PIANO BASE

6.28.4 Termine per l'indennizzo

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute riconoscerà l'indennizzo se l'Iscritto si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla Compagnia dello stato di non autosufficienza.

6.28.5 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell’Iscritto nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L’insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente “Schema per l’accertamento dell’insorgere di non autosufficienza”).

SCHEMA PER L’ACCERTAMENTO DELL’INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA	
ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA	punteggio
LAVARSI	
1° grado L’Iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo.	0
2° grado L’Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.	5
3° grado L’Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l’attività stessa del farsi il bagno.	10
VESTIRSI E SVESTIRSI	
1° grado L’Iscritto è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo.	0
2° grado L’Iscritto necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi.	5
3° grado L’Iscritto necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi.	10
ANDARE AL BAGNO E USARLO	
1° grado L’Iscritto è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2)	0

e (3): (1) andare in bagno, (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi, (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.	
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	5
3° grado L'Iscritto necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	10
SPOSTARSI	
1° grado l'Iscritto è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi.	0
2° grado L'scritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore.	5
3° grado l'Iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi.	10
CONTINENZA	
1° grado L'Iscritto è completamente continentе.	0
2° grado L'Iscritto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	5
3° grado L'Iscritto è completamente incontinentе e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia.	10
NUTRIRSI	
1° grado L'Iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	0
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: – sminuzzare/tagliare cibo – sbucciare la frutta – aprire un contenitore/una scatola – versare bevande nel bicchiere.	5

3° grado L'Iscritto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.

10

6.28.6 Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / rimborso spese in caso di permanenza in RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto o l'Iscritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, dovrà telefonare alla Centrale Operativa (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde **indicato a inizio guida** e fornire le informazioni richieste per potere fruire, nell'ambito del limite di spesa mensile previsto al punto “Limite di spesa mensile garantito” e previa valutazione del Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, intervistando telefonicamente l'Iscritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all'Iscritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Iscritto, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Iscritto, dovrà produrre la documentazione specificata al successivo punto “Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte del Fondo FASG&P attraverso UniSalute”. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e

della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all’Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l’indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all’Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall’Iscritto o dai familiari.

Qualora l’Iscritto nel limite di spesa mensile previsto di cui al punto “Limite di spesa mensile garantito”, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell’Iscritto che nelle strutture stesse.

All’Iscritto verrà fornita una lettera con l’indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l’elenco delle prestazioni che resteranno a carico del Fondo FASG&P, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell’Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall’Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall’Iscritto, dall’amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell’Iscritto, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;

- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni, esclusivamente in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo FASG&P, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del limite di spesa mensile previsto, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Iscritto, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte delle strutture convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari.

Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico

dell’Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte delle strutture convenzionate, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l’applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a monitorare costantemente l’andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall’Iscritto stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l’erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, si riserva la facoltà di sottoporre l’Iscritto ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell’Iscritto comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate attraverso UniSalute, nel limite di spesa mensile previsto.

Qualora invece le condizioni dell’Iscritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell’Iscritto stesso.

3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all’Iscritto. Laddove il punteggio assegnato dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, al termine dell’istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all’Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24. Inoltre, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l’indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all’Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall’Iscritto o dai familiari. Qualora l’Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a

prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell’Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l’applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si precisa che l’appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l’Iscritto e la struttura stessa e successivamente comunicato al Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

4) Qualora l’Iscritto sia “assistito” presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, provvederà a rimborsargli, nel limite di spesa previsto al punto “Limite di spesa mensile garantito”, esclusivamente la retta mensile.

6.28.7 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l’Iscritto, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell’Iscritto, dovranno:

- a) Chiamare il numero verde gratuito **indicato a inizio guida** e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.
- b) Produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: **Fondo FASG&P presso UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna** - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
 - il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
 - il modulo di informativa al cliente sull’uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
 - il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto e la relativa

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

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

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l'impossibilità per il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Iscritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura, decorre dal momento in cui il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Iscritto.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto

“Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto “Definizione dello stato di non autosufficienza”, se l’Iscritto è ricoverato in lunga degenza, , dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d’ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell’Iscritto, dovrà essere inviata al Fondo FASG&P, presso UniSalute.

Quest’ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dalla presente copertura all’effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, quando il Piano sanitario sia ancora in vigore e:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall’ultima valutazione;

- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l’aggravarsi dello stato di salute dell’Iscritto intervenuti dopo l’ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dal Piano sanitario, con le modalità di cui ai punti “Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali” e “Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA” decorre dal momento in cui il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell’Iscritto.

6.28.8 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte del Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, secondo le condizioni del punto “Definizione dello stato di non autosufficienza” dà diritto all’Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all’attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l’erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti al punto “Limite di spesa mensile garantito” - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti:

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

6.28.8.1 Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali

In caso di erogazione delle prestazioni, avvalendosi di strutture e/o di personale convenzionati, il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per

le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l’Iscritto opti per il pagamento diretto della badante da parte del Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall’Iscritto oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell’Iscritto.

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

6.28.8.2 Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a:
Fondo FASG&P – presso UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull’uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto e la relativa data d’insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l’origine incidentale o patologica dell’affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell’Iscritto; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è

- utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l’Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FASG&P, presso Unisalute, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

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

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

6.28.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell’Iscritto, a controlli presso l’Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l’invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell’Iscritto.

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

6.29 Pacchetto maternità

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

In gravidanza

- Ecografie di controllo, da fruirsi, a scelta dell’Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P, oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Amniocentesi, da fruirsi, a scelta dell’Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell’Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull’andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell’Iscritta, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P oppure presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l’eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute nei limiti del massimale annuo previsto. La copertura potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con il Fondo FASG&P, per il tramite di UniSalute.
- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritta vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture medesime **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 300,00 per Iscritta.

Tale importo si intende aggiuntivo a quanto previsto nel punto 6.8 “Pacchetto maternità” dal PIANO BASE

Nell’ambito della suddetta disponibilità annua si aggiungono ulteriori coperture dedicate alla maternità come di seguito elencate

- **TEST PRENATALI**

(ad esempio: DNA Fetale Harmony test, Prenatal Safe Gtest, Aurora test, Panorama test, Nipt test), un test per gravidanza da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P.

- **SUPPORTO PSICOLOGICO POST-PARTO**

fino ad un massimo di 5 sedute per evento entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno associativo di copertura). La copertura potrà essere attivata solo utilizzando gli psico-terapeuti convenzionati con UniSalute per il Fondo FASG&P.

- **REMISE EN FORME POST PARTO**

Entro un anno dal parto, sia naturale che cesareo, avvenuto durante l'operatività del presente Piano sanitario, sono comprese in copertura le spese relative ad un pacchetto di 3 giorni di **remise en forme** che l'Iscritta potrà effettuare entro 180 giorni dall'evento del parto, e in un'unica soluzione, presso uno dei Centri Termali UniSalute convenzionati appositamente per questa copertura.

Sono comprese in copertura le spese* per:

1[^] giorno: accoglienza; visita medica (si precisa che la visita medica è da intendersi obbligatoria così come l'esito positivo all'idoneità alle prestazioni del presente pacchetto), seduta in acqua;

2[^] giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo; attività motoria in palestra o all'esterno o percorso vascolare e trattamento corpo;

3[^] giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo, trattamento corpo.

*i pacchetti possono subire variazioni per esigenze organizzative e per le peculiarità dei singoli Centri Termali.

Ai fini dell'attivazione della presente copertura è necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa al numero verde.

Relativamente ad eventuali spese di soggiorno alberghiero presso la struttura convenzionata che lo preveda e nella quale si effettua il pacchetto di remise en forme, Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute può mettere a disposizione un voucher per usufruire dell'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti il Fondo FASG&P,

attraverso Unisalute con un conseguente risparmio rispetto al listino normalmente previsto dalla struttura alberghiera termale.

6.30 Prevenzione cardiologica

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvede al pagamento di una visita cardiologica + E.C.G. **effettuata una volta l'anno** dal dipendente in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

6.31 Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvede al pagamento delle prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e vengano effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta / psicologo iscritto all'albo.

Sono escluse le cure farmacologiche e le spese relative a ricoveri, anche obbligatori, finalizzate alla cura di malattie mentali.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione del numero di sedute effettuate.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 10,00 per ogni prestazione (cioè per ogni seduta)**, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'**Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante** contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione. La patologia o il quesito diagnostico dovranno necessariamente essere contenuti nella prescrizione, non in referti o in fattura.

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto, purché dal documento si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita.

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

6.32 Sindrome metabolica

Per attivare la copertura l’Iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.Unisalute.it e “confermare il suo invio” alla Compagnia.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all’Iscritto l’esito della valutazione tramite e-mail mettendo a disposizione le informazioni sull’area riservata accessibile tramite username e password

La Compagnia fornirà all’Iscritto, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

La Compagnia comunicherà l’esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull’area riservata accessibile tramite username e password. L’Iscritto verrà contattato dalla Compagnia (via e-mail, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l’Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Compagnia provvederà all’organizzazione e al pagamento delle prestazioni sottoindicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Provvederà inoltre all’organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l’anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

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

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

- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

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

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute per il Fondo FASG&P. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, l'Iscritto potrà richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, l'applicazione di "tariffe agevolate", riservate agli Iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Iscritto e la struttura stessa e successivamente comunicato ad UniSalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

6.33 Procreazione medicalmente assistita

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione (Casi di non operatività del piano)" punto 2, Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per prestazioni extraospedaliere, finalizzate alla procreazione medico assistita omologa ed eterologa.

La copertura è operante per le sole dipendenti donne, sono escluse le prestazioni relative al partner.

La presente copertura si intende operante previo l'invio da parte dell'Iscritta di referti medici e/o cartelle cliniche che attestino l'infertilità.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, alle strutture stesse, **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

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

6.34 Servizi di consulenza e assistenza PIANO BASE

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-016637 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800212477

b) Pareri medici immediati

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

c) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Iscritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa **accertata la necessità della prestazione**, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via

sostitutiva, il trasferimento dell'Iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

d) Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricovero con frattura, che hanno determinato:

- Frattura del femore;
- Fratture vertebrali;
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meninge;
- Fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto;
- Frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata al momento delle dimissioni che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche prescritte all'atto delle dimissioni, attraverso la Centrale Operativa, provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

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

e) Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, UniSalute per il Fondo FASG&P, attraverso la Centrale Operativa, provvederà, nelle 4 settimane successive alla dimissione dalla Struttura sanitaria o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dalla Struttura sanitaria o appena in possesso del certificato.

f) Invio di medicinali a domicilio

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

UniSalute per il Fondo FASG&P, attraverso la Centrale Operativa, provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'iscritto, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare. A carico dell'iscritto resta solo il costo dei medicinali.

g) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Se l'Iscritto, dopo il Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio o di malattia improvvisa, necessiti di trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa, nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

h) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'iscritto, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono coperte sino ad un massimo di 300 chilometri complessivi al giorno.

La copertura non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

i) Spesa a domicilio

Nei casi di:

- Frattura del femore
 - Fratture vertebrali
 - Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningeal
 - Fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un braccio
 - Fratture del bacino
- che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata

da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, UniSalute per il Fondo FASG&P, attraverso la Centrale Operativa, provvederà nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Iscritto di generi alimentari/prima necessità.

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

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

6.34.1 Servizi di assistenza PIANO PLUS in aggiunta al Piano Base

A) Primi mille giorni: copertura per le future mamme

Il progetto «primi1000giorni» intende coinvolgere le famiglie in un modello unico al mondo focalizzato sulle primissime fasi di sviluppo del bambino, che integra tecnologie e conoscenze all'avanguardia nel campo della medicina molecolare, dell'educazione/formazione e dei dispositivi portatili, per prevenire l'insorgenza delle malattie non trasmissibili mediante:

1. percorsi di educazione personalizzati sulla base delle caratteristiche cliniche/sociali dell'individuo focalizzati sulla nutrizione, sull'attività fisica ed in generale sulle attività legate al benessere ed alla salute della persona;
2. consulenza ostetrico/ginecologica: I medici UniSalute forniranno alle future mamme tutta la consulenza medica di cui hanno bisogno attraverso una linea telefonica dedicata in stretto contatto con i nostri medici specialisti: consulenza ostetrica ginecologica per fornire informazioni prima e dopo il parto, per la cura e il benessere del bambino.

B) Counselling psicologico

La Compagnia offre un servizio di Counselling Psicologico.

- Servizio di Counselling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo 24 su 24, 7 giorni su 7, 365gg/anno.

Ogni dipendente ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

La copertura è operante **per un massimo di 5 telefonate**, illimitate

per le donne che hanno subito violenza.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di 5 telefonate,
illimitate per le donne che hanno subito violenza.**

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco degli interventi di cui all'allegato "Elenco interventi chirurgici")
2. gli interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile e comunque tutti gli atti finalizzati alla fecondazione artificiale
3. i Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in Strutture per lunga degenza
4. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni
5. gli infortuni derivanti dalla pratica sportiva esercitata professionalmente
6. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allenamenti
7. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assistito
8. 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, salvo le radiazioni provocate dalla Radioterapia
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
10. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
11. certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive
12. imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica,

delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio

13. iniezioni sclerosanti

14. medicina legale e medicina del lavoro

15. medicinali, salvo quanto previsto al punto “Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati all’allegato “Elenco interventi chirurgici”)

16. prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l’altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc.

17. medicina omeopatica e/o alternativa

18. ricoveri in Case di Cura dedicate al benessere della persona

19. tutte le prestazioni non espressamente previste nel presente piano sanitario

Limitatamente alle prestazioni previste al punto **“Odontoiatria/Ortodonzia”** il piano sanitario non è operante per:

protesi estetiche e trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Limitatamente alle prestazioni previste ai punti “Stati di non autosufficienza consolidata/permanente- protezione completa per assicurati con età minima 18 anni” e “Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni” in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, la copertura non è operante per le conseguenze:

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze

2. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall’Iscritto con dolo o colpa grave

3. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni

4. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l’Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti

5. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti

6. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l’alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno

7. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Iscritto di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute
8. di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del piano sanitario).

8. CONTRIBUTI

I contributi mensili per il complesso delle prestazioni suindicate corrispondono ai seguenti importi:

Piano sanitario	Contributo mensile a carico del lavoratore
PIANO PLUS (solo per il lavoratore)	€ 7,00
NUCLEO 1 per un solo componente del proprio nucleo familiare	€ 15,00
NUCLEO 2 per due o più componenti del proprio nucleo familiare	€ 22,00

Ricordando che è possibile l'iscrizione anche del nucleo familiare come sopra indicato, per tutto ciò che riguarda le modalità di adesione, occorre fare riferimento al Regolamento del Fondo FASG&P presente sul sito www.fasgep.it.

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1 Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dalle **ore 00.00 del 01/01/2024** e scade alle **ore 00 del 01/01/2026**, salvo proroghe o rinnovi.

Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

9.2 Inclusioni/esclusioni

Le variazioni degli iscritti assicurati sono regolate dai punti di seguito indicati:

1) Inserimento di iscritti assicurati alla decorrenza e in data successiva all'emissione della polizza

La comunicazione dei nominativi di nuovi iscritti verrà effettuata in occasione di ciascun trimestre, mediante invio di file cumulativi trasmessi dal Contraente all'Impresa.

Il file verrà inviato dal Contraente all'Impresa entro il giorno 15 dell'ultimo mese del trimestre precedente a quello di copertura. Il Fondo si riserva la possibilità di comunicare all'Impresa eventuali variazioni entro il giorno 30 del primo mese di ciascun trimestre. La copertura avrà effetto retroattivo dal giorno 1 del primo mese di ciascun trimestre, con calcolo della pro-rata temporis a decorrere dall'effettiva attivazione della copertura assicurativa.

- Per gli iscritti che aderiscono al Fondo FASG&P la cui copertura sanitaria decorre dal primo trimestre (1° gennaio) **il massimale assicurativo delle singole , previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente.**
- Per gli iscritti che aderiscono al Fondo FASG&P la cui copertura sanitaria parte nel secondo trimestre (1° aprile), **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente.**
- Per gli iscritti che aderiscono al Fondo FASG&P la cui copertura sanitaria parte nel terzo trimestre (1° luglio) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%.**
- Per gli iscritti che aderiscono al Fondo FASG&P la cui copertura sanitaria parte nel quarto trimestre (1° ottobre) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%.**

2) Sospensione della contribuzione del pagamento

Nel caso di sospensione del pagamento come previsto dall'art. 7 del Regolamento del Fondo FASG&P) la copertura per l'iscritto cesserà dalla prima scadenza trimestrale successiva alla sospensione semprché questa venga comunicata all'Impresa come definito

nell'Art 1.6 comma 1. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale data la garanzia cesserà alla scadenza trimestrale successiva a quella del quietanzamento.

La comunicazione dei nominativi dei cessati o sospesi avverrà (trimestralmente indicando come data di cessazione/sospensione l'ultimo giorno del trimestre) mediante invio di file cumulativi trasmessi dal Contraente all'Impresa.

3) Inclusione dei familiari

Al momento dell'iscrizione al Fondo FASG&P, il dipendente può optare per l'inclusione dei familiari, come definiti al punto "Persone assicurate".

- Per gli iscritti e il relativo nucleo familiare, che aderiscono al Fondo FASG&P la cui copertura sanitaria decorre dal primo trimestre (1° gennaio) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente.**
- Per gli iscritti e il relativo nucleo familiare, che aderiscono al Fondo FASG&P la cui copertura sanitaria parte nel secondo trimestre (1° aprile), **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente.**
- Per gli iscritti e il relativo nucleo familiare, che aderiscono al Fondo FASG&P la cui copertura sanitaria parte nel terzo trimestre (1° luglio) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%.**
- Per gli iscritti e il relativo nucleo familiare, che aderiscono al Fondo FASG&P la cui copertura sanitaria parte nel quarto trimestre (1° ottobre) **il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%.**

Nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite, questa verrà recepita secondo le seguenti finestre temporali:

- attivazione della copertura al 01/01 se la variazione verrà comunicata dal lavoratore all'azienda entro il 30/09 antecedente;
- attivazione della copertura al 01/07 se la variazione verrà

comunicata dal lavoratore all'azienda entro il 31/03 antecedente.

Per le richieste di adesione, verranno attivate le coperture assicurative nel corso del trimestre successivo, con calcolo della prorata temporis a decorrere dall'effettiva attivazione della copertura assicurativa, sempre che sia stato versato il relativo premio.

4) Inclusione di familiari in un momento successivo all'iscrizione al Fondo

Per i dipendenti in garanzia l'inclusione di familiari in un momento successivo all'iscrizione al Fondo è consentita nelle due seguenti finestre temporali:

- attivazione della copertura al 01/01 se la variazione verrà comunicata dal lavoratore all'azienda entro il 30/09 antecedente;
- attivazione della copertura al 01/07 se la variazione verrà comunicata dal lavoratore all'azienda entro il 31/03 antecedente.

5) Disdetta e reinserimento dei familiari

L'iscritto ha la facoltà di dare disdetta alla copertura per i familiari entro il 30 settembre dell'anno in corso mediante comunicazione al datore di lavoro.

Tale esclusione, dalla copertura, sarà operativa dal 1° gennaio dell'annualità successiva e l'Iscritto per l'anno in corso dovrà comunque terminare il pagamento del premio previsto restando in copertura sino al 31 dicembre.

Il reinserimento in copertura non potrà avvenire prima del completamento della annualità successiva a quella della comunicazione della disdetta e comunque partirà non prima del 1°gennaio dell'annualità successiva alla comunicazione di richiesta di reinserimento.

6) Attivazione copertura facoltativa Piano Plus

I dipendenti iscritti alla data di effetto del contratto possono optare per l'attivazione della copertura facoltativa Piano Plus anche in un momento successivo all'emissione della polizza, l'inclusione è prevista trimestralmente.

- Per gli iscritti che aderiscono al Piano Plus dal primo

trimestre (1° gennaio) il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente.

- Per gli iscritti che aderiscono al Piano Plus dal secondo trimestre (1° aprile), il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riconosciuto integralmente.
- Per gli iscritti che aderiscono al Piano Plus dal terzo trimestre (1° luglio) il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%.
- Per gli iscritti che aderiscono al Piano Plus dal quarto trimestre (1° ottobre) il massimale assicurativo delle singole garanzie, previste dal piano sanitario, verrà riparametrato ai sei mesi e riconosciuto nella misura del 50%.

Per le richieste di adesione raccolte nel corso del trimestre, verranno attivate le coperture assicurative nel corso del trimestre successivo, con calcolo della pro-rata temporis a decorrere dall'effettiva attivazione della copertura assicurativa, sempre che sia stato versato il relativo premio.

7) Disdetta e reinserimento da parte dell'iscritto al Piano Plus

L'iscritto ha la facoltà di dare disdetta alla copertura facoltativa Piano Plus entro il 30 settembre dell'anno in corso mediante comunicazione al datore di lavoro.

Tale esclusione, dalla copertura, sarà operativa dal 1° gennaio dell'annualità successiva e l'Iscritto per l'anno in corso dovrà comunque terminare il pagamento del premio previsto restando in copertura sino al 31 dicembre.

Il reinserimento in copertura non potrà avvenire prima del completamento della annualità successiva a quella della comunicazione della disdetta e comunque partirà non prima del 1°gennaio dell'annualità successiva alla comunicazione di richiesta di reinserimento.

8) Compimento del 26° anno di età dei figli

Al compimento del 26° anno di età i figli perdono il requisito per poter proseguire la copertura nell'annualità successiva. Resteranno quindi in copertura, versando il relativo premio dovuto, sino al 31 dicembre dell'annualità in cui hanno compiuto i 26 anni.

9) Trasferimento degli aderenti assicurati a Imprese applicanti il medesimo CCNL

Nel caso di trasferimento dell'Iscritto presso un'azienda applicante lo stesso CCNL per la quale valgano le stesse condizioni assicurative, l'aderente sarà considerato iscritto al Fondo FASG&P con effetto dalla data di prima adesione e in continuità di copertura.

10) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro l'Iscritto viene mantenuto in copertura sino alla fine del trimestre in corso.

11) Decesso

Nel caso di decesso dell'Iscritto, il premio pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di decesso e la prima scadenza trimestrale, resta acquisito da parte dell'Impresa.

In tutti i casi sopra descritti l'Impresa dovrà garantire l'effettiva attuazione delle modifiche di anagrafica di portafoglio entro 10 giorni dalla data di inoltro della comunicazione da parte del Fondo FASG&P.

9.3 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 per il Fondo FASG&P 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.

9.4 Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **90°** anno di età dell'Iscritto, cessando alla prima scadenza annuale del Piano stesso successiva al compimento di tale

età da parte dell’Iscritto; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare la copertura cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 90° anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

9.5 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge. Qualora il Fondo FASG&P dovesse richiedere all’Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall’Iscritto al Fondo FASG&P (**presso UniSalute via Larga, 8– 40138 Bologna**) che, con cadenza mensile, la restituirà all’Iscritto al termine della procedura rimborsuale.

Nel caso di prestazioni non indennizzabili la documentazione di spesa, nel caso in cui sia stata inviata in originale, viene restituita all’Iscritto dal Fondo contestualmente alla relativa comunicazione.

Per le prestazioni avvenute all’estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

Attenzione

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

9.6 Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

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

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

9.7 Foro competente

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

9.8 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, devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.**

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

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

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

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

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

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 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.

9.9 INFORMATIVA “HOME INSURANCE” - INDICAZIONI PER L’ACCESSO ALL’AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018

Il 1 luglio 2020 sono entrate in vigore le nuove disposizioni del Regolamento dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni n. 41/2018 (di seguito, il “Regolamento”) in materia di home insurance. In particolare, l’home insurance mira a semplificare e velocizzare il rapporto con l’impresa di assicurazione attraverso una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica. La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un’“Area Regolamento IVASS 41/2018” accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall’ “AREA SERVIZI CLIENTI” già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.

Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all’area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all’area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

9.10 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. (“la Società”), soggetta all’attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all’Albo delle società 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 internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.

La Società 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 società 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 2022, il patrimonio netto dell’Impresa è pari ad € 241,1 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 102,2 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell’impresa (SFCR), disponibile sul sito 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 2022, è pari ad € 95,90 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 27,18 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 214,69 milioni e ad € 210,85 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,24 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l’utilizzo della Standard Formula Market Wide.

10 ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Sezione Nomenclatore	Cardiochirurgia e chirurgia toracica	Massimale €
CARDIOCHIRURGIA	Trapianto cardiaco	45.000
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	7.500
	Tutti gli interventi: a cuore chiuso	15.000
	Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati	18.000
CHIRURGIA DEL PIEDE	Amputazioni falangee/metatarsali	2.000
	Protesi di caviglia	7.500
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	Mastectomia radicale ed eventuale asportazione di linfonodo	10.500
CHIRURGIA DELLA MANO	Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)	10.500
	Reimpianto microchirurgico del dito	18.000
	Ricostruzione del pollice	18.000
	Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	7.500
CHIRURGIA DERMATOLOGICA - CRIPTERAPIA - LASERTERAPIA	Ampiamento dell'exeresi di melanoma	2.000
	Asportazione di Melanoma	2.000
CHIRURGIA GENERALE	Asportazione di diverticolo esofageo	7.500
	Cardioplastica	7.500
	Colectomia totale	10.500
	Colectomie parziali	7.500
	Deconnectione azigos-portale pervia addominale	10.500
	Derivazioni biliodigestive	7.500
	Drenaggio di ascesso epatico	7.500
	Epatotomia e coledocotomia	15.000
	Esofagotomia cervicale	7.500
	Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	10.500
	Gastroectomia se allargata	18.000
	Gastroectomia totale	15.000
	Interventi con esofagoplastica	10.500
	Interventi per echinococcosi	10.500
	Interventi per neoplasie del retto - ano	7.500
	Interventi per neoplasie pancreatiche	10.500

	Interventi per pancreatite acuta	15.000
	Interventi per pancreatite cronica	7.500
	Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	15.000
	Interventi sulla papilla di Water	7.500
	Intervento per fistola gastro-digiunocolica	10.500
	Mega-esofago e esofagite da reflusso	10.500
	Operazione per megacolon	15.000
	Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreatica	10.500
	Papillotomia per via transduodenale	7.500
	Proctocolectomia totale	15.000
	Reinterventi sulle vie biliari	10.500
	Resezione gastrica	15.000
	Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria	15.000
	Resezioni epatiche	15.000
	se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	7.500
	Splenectomia	7.500
	Surrenalectomia	15.000
	Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	10.500
	Svuotamento laterocervicale bilaterale	7.500
	Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	7.500
	Tiroidectomia totale (chirurgica o con radioiodio terapia)	15.000
	Trapianto di fegato	45.000
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	Frattura del IH superiore della faccia (NEF): con scalpo	7.500
	Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	15.000
	Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	15.000
	Plastiche per paralisi facciali: Dinamica	7.500
	Push-bach e faringoplastica	7.500
	Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	7.500
	Riduzione frattura orbitaria	10.500
CHIRURGIA PEDIATRICA	Asportazione di fistole congenite	7.500
	Correzioni di malformazioni parietali	15.000

	Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	15.000
	Intervento per craniostenosi	15.000
	Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	15.000
	Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati	15.000
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	7.500
	Gravi e vaste mutuazioni del viso	22.500
	Labioalveoloschisi bilaterale	7.500
	Labioschisi bilaterale	7.500
	Palatoschisi totale	7.500
	Ricostruzione della emimandibola	7.500
	Ricostruzione vaginale	10.500
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	Correzioni di malformazioni parietali	15.000
	Interventi per ferite del polmone	7.500
	Interventi per fistole bronchiali	15.000
	Interventi per tumori	18.000
	Malformazione della gabbia toracica	18.000
	Pleuropneumectomia	22.500
	Pneumectomia	15.000
	Resezione bronchiale con reimpianto	22.500
	Resezione costali	7.500
	Resezioni segmentane e lobectomia	15.000
	Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	15.000
	Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	7.500
	Timectomia per via toracica	7.500
	Toracotomia esplorativa	7.500
	Trapianto di polmone	45.000
	Tumori della trachea	22.500
CHIRURGIA VASCOLARE	Anastomosi mesenterica-cava	15.000
	Anastomosi porta-cava e splenorenale	15.000
	Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	15.000
	Disostruzione e by-pass aorto-addominale	15.000

	Disostruzione e by-pass arterie periferiche	10.500
	Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	7.500
	Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	22.500
	Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, suclavia e arteria anonima	15.000
	Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	10.500
	Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	10.500
	Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	15.000
	Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	15.000
	Interventi per innesti di vasi	10.500
	Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	15.000
	Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	15.000
	Legatura arterie carotidi, vertebrali, suclavia, tronco brachio-cefalico, iliache	7.500
	Legatura di grossi vasi	7.500
	Legatura vena cava inferiore	10.500
	Resezione arteriosa con plastica vasale	15.000
	Sutura arterie periferiche	7.500
	Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	7.500
	Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	10.500
	Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	10.500
	Trombectomia venosa periferica cava	7.500
	Trombectomia venosa periferica iliaca	7.500
GASTROENTEROLOGIA (CHIRURGIA GASTROENTEROLOGICA ED ENDOSCOPICA - ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	Interventi chirurgici per ipertensione portale	7.500
GINECOLOGIA	Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	10.500
NEUROCHIRURGIA	Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annexiectomia)	10.500
	Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	7.500
	Anastomosi dei vasi extra-intracranici	22.500

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	22.500
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	7.500
Anastomosi extracranica di nervi cranici	10.500
Apertura di ascesso cerebrale	15.000
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	7.500
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitane, ecc)	22.500
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	10.500
Asportazione tumori ossei della volta cranica	15.000
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	15.000
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	10.500
Cordotomia e mielotomia per cutanea	15.000
Cranioplastica	10.500
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	10.500
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	15.000
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	15.000
Emisferectomia	22.500
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	15.000
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	15.000
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningo-midollari (melocele, mielomeningocele, etc.)	22.500
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	10.500
Interventi per traumi cranio cerebrali	15.000
Interventi per traumi vertebro-midollari	10.500
Interventi per traumi vertebo-midollari con stabilizzazione chirurgica	15.000
Interventi sul plesso brachiale	18.000
Intervento per encefalomeningocele	15.000
Intervento per epilessia focale e callosotomia	15.000
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	18.000
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	10.500
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di	15.000

	altri nervi	
	Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	15.000
	Radiochirurgia gammaknife	7.500
	Radiochirurgia stereotassica	7.500
	Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	10.500
	Simpaticectomia cervico-toracica	10.500
	Simpaticectomia lombare	7.500
	Spondilolistesi	10.500
	Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili	18.000
	Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	22.500
	Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	15.000
	Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	15.000
OCULISTICA	Asportazione tumori dell'orbita	10.500
	Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	7.500
	Odontocheratoprotesi	10.500
	Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	15.000
	Operazione di Kroenlein od orbitotomia	10.500
	Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	7.500
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Artroprotesi di anca	22.500
	Artroprotesi di ginocchio	15.000
	Artroprotesi di gomito	7.500
	Asportazione tumori dei nervi periferici	7.500
	Emipelvectomia	15.000
	Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	22.500
	Protesi totale per displasia d'anca	22.500
OSTETRICIA	Laparotomia per gravidanza extrauterina	7.500
OTORINOLARINGOIA TRIA	Anastomosi e trapianti nervosi	10.500
	Asportazione della parotide	7.500
	Asportazione di tumori dell'orecchio medio	7.500
	Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca	10.500

	petrosa	
	Atresia auris congenita: ricostruzione	10.500
	Chirurgia del sacco endolinfatico	10.500
	Chirurgia della Sindrome di Mènière	7.500
	Cordecomia per via tirotomica	7.500
	Distruzione del labirinto	7.500
	Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari.	7.500
	Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale	7.500
	Interventi per paralisi degli abduttori	10.500
	Laringectomia parziale	10.500
	Laringectomia ricostruttiva	15.000
	Laringectomia sopraglottica	10.500
	Laringectomia totale	15.000
	Laringofarigectomia	10.500
	Neurinoma dell'VIII paio	22.500
	Parotidecomia totale con preparazione del facciale	7.500
	Sezione del nervo coclearie	18.000
	Sezione del nervo vestibolare	18.000
	Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	7.500
	Trattamento delle petrositi suppurate	10.500
	Tumori parafaringei	15.000
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	Fistole arterovenose polmonari	15.000
UROLOGIA - DIAGNOSTICA UROLOGICA – UROLOGIA ENDOSCOPICA ED OPERATIVA	Amputazione totale del pene	10.500
	Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	7.500
	Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder	22.500
	Cistoprostatovesicolectomia con neovesica rettale	18.000
	Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileouretoanastomosi	18.000
	Cistoprostatovesicolectomia con uretersigmoidostomia	15.000
	Diverticolectomia con U.C.N.	7.500

Emitrigonectomia	7.500
Endopielolitotomia per stenosi del giunto piero-uretale	10.500
Ileo bladder	7.500
Ileo e\o coloncistoplastiche	15.000
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	7.500
Lombotomia per ascessi pararenali	7.500
Nefrectomia allargata per tumore	18.000
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	22.500
Nefrectomia parziale	15.000
Nefrectomia semplice	7.500
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	15.000
Nefroureterectomia totale	22.500
Orchidopessi bilaterale	7.500
Orchiectomia allargata per tumore	15.000
Orchifuniculectomia per via inguinale	7.500
Pielotomia	7.500
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	7.500
Plastica per ipospadie ed epispadia	10.500
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	22.500
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	15.000
Plastiche di ricostruzione per ipospadie	10.500
Resezione renale con clampaggio vascolare	15.000
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	7.500
Riparazione di fistola vescico intestinale	10.500
Riparazione fistole vescico vaginali	10.500
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	22.500
Sigmoidostomia	7.500
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	15.000
Trapianto renale	45.000
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	10.500
Ureterocistoneostomia con psoizzazione vescicole	10.500

	Ureterocistoneostomia monolaterale	7.500
	Ureteroplastica	7.500
	Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale	10.500
	Uretrectomia	7.500

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 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: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

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

CODICE	DESCRIZIONE	INDICARE GLI ELEMENTI INTERESSATI															
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
X	ELEMENTO MANCANTE	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
D	DEVITALIZZAZIONE	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
RIC	RICOSTRUZIONE	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
F	FIXTURE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PF	ELEMENTO DI PROTESI FISSA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PM	ELEMENTO DI PROTESI MOBILE	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
S	ELEMENTO DI SCHELETRATO	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
C	CARIE	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
FC	FRATTURA CORONALE	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
EDP	ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE	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
EM1	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 1	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

EM2	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
EM3	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
RGMI	RECESSIONE 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
RGMII	RECESSIONE 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
COR	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
DOA	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

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 vanno segnate le preesistenze (carie, 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



**PER PRENOTARE
LE PRESTAZIONI,
CHIEDERE UN RIMBORSO,
UTILIZZARE
IL PIANO SANITARIO,
OTTENERE MAGGIORI
INFORMAZIONI:**

Accedi alla tua Area Riservata
su www.unisalute.it

Accedi alla tua Area Riservata
su www.unisalute.it



Scarica l'app **UniSalute Up**
gratuitamente da App Store
e Play Store

Contatta il **Numero Verde**

800 016637

(dall'estero: +39 051.63.89.046)
8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

Foro Buonaparte, 59 - 20121, Milano
info@fasgep.it - Tel. 02 45377180

www.fasgep.it