

IL PIANO SANITARIO DEI DIPENDENTI DELL'ARTIGIANATO

- I NOMENCLATORI -

Validità dal 1° gennaio 2022

www.sanarti.it



Indice

1. Premessa	pag. 4
--------------------------	--------

2. Il Nomenclatore delle Prestazioni in Autogestione per i DIPENDENTI – erogate direttamente da SAN.ARTI.	pag. 6
--	--------

Nomenclatore SAN.ARTI.

- Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
- Lenti graduate correttive
- Pacchetto Maternità
- PMA: Procreazione Medicalmente Assistita
- Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o da gravi malattie
- Psicoterapia
- Fisioterapia - Trattamenti fisioterapici riabilitativi
- Ausili e Protesi

3. Il Nomenclatore delle Prestazioni in Autogestione per i FIGLI MINORENNI - estensione gratuita del Piano sanitario Dipendenti – erogate direttamente da SAN.ARTI.	pag. 16
--	---------

Nomenclatore SAN.ARTI. Figli minorenni

- Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
- Visita specialistica oculistica
- Lenti graduate correttive
- Visita specialistica ortopedica
- Plantari ortopedici e altri ausili/protesi
- Indagini genetiche – esami di laboratorio genetico-molecolare
- Assistenza per la non autosufficienza – con e senza connotazione di gravità

4. Autogestione: procedure, regole, limitazioni ed esclusioni	pag. 27
--	---------

5. Il Nomenclatore delle Prestazioni assicurate per i DIPENDENTI – erogate in convenzione dalla Compagnia assicuratrice UniSalute per conto di SAN.ARTI.	pag. 30
---	---------

Estratto dalle CdA SAN.ARTI. – UniSalute

Nomenclatore UniSalute

- Oggetto dell'assicurazione
- Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (intendendo per tali quelli contenuti nell'allegato A)
- Ricovero medico in istituto di cura per patologie di importanza rilevante (intendendo per tali quelle contenute nell'allegato B)
- Ricoveri in lungodegenza
- Neonati
- Alta specializzazione – Elenco Allegato C
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- Odontoiatria: Prestazioni odontoiatriche particolari – Implantologia - Avulsione fino a un massimo di 4 denti - Cure conservative
- Prevenzione: Prevenzione medico guidata - Prevenzione specialistica specifica
- Assistenza alla non autosufficienza
- Servizio monitor salute
- Prestazioni a tariffe agevolate

6. UniSalute: CONDIZIONI GENERALI, LIMITAZIONI, SINISTRI

Estratto dalle CdA SAN.ARTI. – UniSalute	pag. 44
--	---------

ALLEGATO A - Elenco interventi chirurgici.....	pag. 50
---	---------

ALLEGATO B – Elenco patologie di importanza rilevante.....	pag. 52
---	---------

1. PREMESSA

Il Piano sanitario è l'insieme delle prestazioni (Nomenclatore) che il Fondo SAN.ARTI. eroga ai propri Iscritti, con le procedure e le regole per accedere alle prestazioni stesse.

Il Piano sanitario dei Dipendenti dell'Artigianato è destinato ai Lavoratori dipendenti fino a 75 anni di età a cui vengono applicati i CCNL dell'artigianato.

Le parti sociali costituenti il Fondo possono iscrivere a SAN.ARTI. i Dipendenti in forza.

Il datore di lavoro iscrive a SAN.ARTI. i Dipendenti in forza e versa mensilmente la quota al Fondo affinché il Lavoratore sia in copertura. La quota è a carico del solo datore di lavoro, il Lavoratore non paga nulla per la propria iscrizione.

I Lavoratori iscritti possono accedere alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dal Fondo solo se risultano regolarmente in copertura.

L'Iscritta/o può accedere alle prestazioni sei mesi dopo l'iscrizione da parte del datore di lavoro. Tale periodo di carenza è recuperato al termine del rapporto di lavoro: l'Iscritta/o continua a essere in copertura con SAN.ARTI. ancora per sei mesi.

Le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie contenute nel Piano sanitario di SAN.ARTI. sono erogate da due soggetti distinti:

- **il Fondo SAN.ARTI.**
- **la Compagnia assicuratrice UniSalute** (eroga le prestazioni per conto di SAN.ARTI.).

Il Piano sanitario dei Dipendenti comprende 3 Nomenclatori delle prestazioni:

- 1. il Nomenclatore delle Prestazioni in Autogestione per i DIPENDENTI** – erogate direttamente da SAN.ARTI.

L'Iscritta/o deve richiedere queste prestazioni dalla sua [Area riservata](#) su www.sanarti.it, bottone "Prenotazioni/Rimborsi", poi "Pratiche SAN.ARTI."

- 2. il Nomenclatore delle Prestazioni in Autogestione per i FIGLI MINORENNI** – estensione gratuita del Piano sanitario Dipendenti – erogate direttamente da SAN.ARTI.

Estensione gratuita di Prestazioni per i Figli minorenni: nel Piano sanitario dei Dipendenti sono inserite gratuitamente alcune **prestazioni dedicate ai Figli minorenni**, da 0 a 18 anni di età.

Questa estensione gratuita è parte integrante del Piano sanitario dei Dipendenti.

L'Iscritta/o caponucleo deve richiedere queste prestazioni dalla sua [Area riservata](#) su www.sanarti.it, bottone "Prenotazioni/Rimborsi", poi "Pratiche SAN.ARTI." e richiedere il rimborso per il Figlio minorenne.

Per accedere alle prestazioni riservate ai Figli minorenni il genitore deve essere regolarmente in copertura e il Figlio minorenne deve essere iscritto o registrato a SAN.ARTI.

2.1. Figlio iscritto. Se l'Iscritta/o caponucleo ha già iscritto volontariamente il Figlio minorenne a SAN.ARTI. con il pagamento della relativa quota, l'estensione è automatica, il caponucleo non deve fare nulla

2.2. Figlio non iscritto – registrato. Se l'Iscritta/o caponucleo non ha iscritto volontariamente il Figlio minorenne a SAN.ARTI., lo deve registrare dalla propria [Area riservata](#) su www.sanarti.it.

3. Il Nomenclatore delle Prestazioni assicurate per i DIPENDENTI – erogate in convenzione dalla Compagnia assicuratrice UniSalute per conto di SAN.ARTI.

L'Iscritta/o deve richiedere queste prestazioni dalla sua [Area riservata](#) su www.sanarti.it bottone "Prenotazioni/Rimborsi" e poi "Pratiche UniSalute".

2. IL NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE PER I DIPENDENTI

Prestazioni erogate direttamente da SAN.ARTI.

Nomenclatore SAN.ARTI.

- Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
- Lenti graduate correttive
- Pacchetto Maternità
- PMA: Procreazione Medicalmente Assistita
- Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o da gravi malattie
- Psicoterapia
- Fisioterapia - Trattamenti fisioterapici riabilitativi
- Ausili e Protesi

Tickets

per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso



Massimale: 600 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale annuo, i Tickets del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso.

Il rimborso dei Tickets è integrale.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Per la richiesta di rimborso l'Iscritta/o deve presentare obbligatoriamente il seguente documento di spesa relativo a Ticket del SSSN:

- fattura/ricevuta di pagamento/scontrino parlante del Ticket del SSN.

Il documento di spesa deve riportare chiaramente e in maniera leggibile tutte queste informazioni:

- i dati dell'Iscritta/o: nome, cognome, codice fiscale
- i dati della struttura sanitaria: ragione sociale, città, partita IVA
- il numero e la data della fattura/ricevuta di pagamento/scontrino parlante
- il tipo di prestazione effettuata – deve essere riconoscibile
- l'importo pagato.

In caso di parziale o totale illeggibilità, di assenza o non chiarezza di una o più delle informazioni contenute nel documento di spesa, SAN.ARTI. si riserva di chiedere a integrazione:

- ulteriore documentazione
- la documentazione originale.

In caso non sia riportata o non sia chiara la tipologia di prestazione, SAN.ARTI. chiederà l'impegnativa del medico curante.

Se l'Iscritta/o non soddisfa le richieste di integrazione, SAN.ARTI. non potrà procedere al rimborso.

Se l'Iscritta/o ha più di un Ticket del SSN, può richiedere il rimborso in un'unica soluzione inviando tutti i Tickets con una sola pratica.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta/scontrino parlante, purché l'Iscritta/o in quella data sia regolarmente in copertura.

Lenti graduate correttive



Massimale: 200 € ogni 24 mesi, con franchigia di 50 €

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale, le spese per l'acquisto delle seguenti lenti graduate correttive della vista:

- lenti graduate correttive per occhiali
- lenti graduate correttive a contatto, anche del tipo usa e getta.

Non sono rimborsabili altre spese diverse dalle lenti, ad esempio la montatura o la lavorazione.

Il rimborso avviene esclusivamente su una singola fattura o scontrino parlante.

L'acquisto delle lenti, anche multiplo o in fasi successive, deve essere contenuto in un unico documento di spesa.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Per la richiesta di rimborso l'iscritta/o deve presentare obbligatoriamente i seguenti documenti:

1. Prescrizione dell'oculista/certificazione dell'ottico

1.1. Prima richiesta di rimborso: prescrizione dell'oculista o oftalmologo

Alla prima richiesta di rimborso occorre allegare obbligatoriamente la prescrizione delle lenti rilasciata solo da un medico oculista o oftalmologo con l'indicazione del visus, sistema TABO.

Non è ammessa la prescrizione o la certificazione di altri soggetti, quali l'ortottico o similari.

1.2. Requisiti per richiedere un nuovo rimborso

- devono essere trascorsi 24 mesi tra la data della fattura/scontrino parlante già rimborsato e la data del nuovo documento di spesa
- deve essere intervenuta una modifica del visus rispetto alla misurazione precedente.

1.3. Richieste di rimborso successive alla prima

Dalla seconda richiesta di rimborso, dopo cioè 24 mesi dalla data del documento di spesa precedentemente rimborsato, si deve obbligatoriamente allegare uno dei seguenti documenti a scelta tra:

- la prescrizione delle lenti rilasciata dall'oculista con indicazione del visus, sistema TABO oppure
- la certificazione dell'ottico con indicazione del visus, sistema TABO.

1.4. Requisiti della prescrizione dell'oculista e della certificazione dell'ottico

La prescrizione dell'oculista e la certificazione dell'ottico devono contenere obbligatoriamente e in modo leggibile tutte queste informazioni:

- nome e cognome dell'Iscriitta/o
- visus con sistema TABO, cioè la correzione della vista da apportare con le lenti
- data di rilascio del documento
- timbro e firma dell'oculista o dell'ottico.

La data della prescrizione dell'oculista o della certificazione dell'ottico deve ricadere nei 12 mesi precedenti a quella del documento di spesa.

2. Documento di spesa: fattura o scontrino parlante

Alla richiesta di rimborso l'Iscriitta/o deve allegare fattura o scontrino parlante emesso in Italia, che contenga tutte queste informazioni:

- il nome, cognome e codice fiscale dell'Iscriitta/o
- il dettaglio degli importi pagati per le singole voci di spesa: le lenti graduate correttive, la montatura, la lavorazione o altro.

Se le informazioni sopra elencate non sono contenute nella fattura o scontrino parlante, SAN.ARTI. non potrà procedere al rimborso.

Non sono ammessi fatture o scontrini parlanti con diciture generiche e che non contengano il dettaglio della spesa delle lenti graduate correttive. Ad esempio, non sono ammesse al rimborso le spese descritte con le seguenti diciture: "occhiale da vista completo di lenti", "occhiali da vista", "occhiali da riposo", "occhiali da sole", "lenti colorate" o similari.

In caso di parziale o totale illeggibilità, di assenza o non chiarezza di uno o più delle informazioni contenute nei documenti, SAN.ARTI. si riserva di chiedere a integrazione:

- ulteriore documentazione
- la documentazione originale.

Se le richieste di integrazione non vengono soddisfatte, SAN.ARTI. non potrà procedere al rimborso.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data l'Iscriitta/o sia regolarmente in copertura.

Pacchetto Maternità



Massimale: 1.300 € per evento - *per evento si intende la nascita o l'aborto*

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale, le spese per le seguenti prestazioni se inerenti alla gravidanza:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico, che diventano 6 in caso di gravidanza a rischio certificata
- ecografie, morfologica e 3D comprese
- analisi clinico chimiche, come ad es. emocromo, glicemia, Bi-test, test del DNA fetale, ecc.
- amniocentesi e villocentesi se l'Iscritta ha compiuto 35 anni; prima dei 35 anni solo in caso di certificato che attesti malformazioni ereditarie o patologie sospette.

SAN.ARTI. riconosce all'Iscritta una diaria o indennità:

- di parto/aborto per il ricovero con pernottamento, con un sottomassimale di 80 € al giorno per un massimo di 5 giorni
- di parto in casa, con un sottomassimale di 80 € al giorno per un massimo di 2 giorni.

In caso di aborto terapeutico o spontaneo vengono riconosciute le medesime prestazioni specialistiche e diagnostiche nonché la diaria o indennità per ricovero con pernottamento.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

L'Iscritta deve conservare tutta la documentazione inerente alla gravidanza e presentare la domanda di rimborso **a evento avvenuto**.

Tutti i seguenti documenti devono essere obbligatoriamente allegati in un'unica pratica:

- il certificato di gravidanza o di gravidanza a rischio
- i documenti di spesa - fatture o ricevute - inerenti alla gravidanza
- il certificato o la lettera di dimissioni rilasciata dalla struttura sanitaria a seguito del ricovero per il parto/aborto, in cui è riportata la data dell'evento
oppure
- la cartella ostetrica del parto in casa, in cui è riportata la data dell'evento.

I documenti di spesa devono essere emessi nel periodo di gravidanza.

Sono rimborsate le fatture/ricevute entro un anno dalla data di emissione, purché in quelle date l'Iscritta sia regolarmente in copertura; se richiede la diaria o l'indennità di parto/aborto, deve essere in copertura alla data dell'evento.

PMA: Procreazione Medicalmente Assistita



Massimale: 1.000 € per tentativo fino a un massimo di tre tentativi

SAN.ARTI. riconosce, nei limiti del massimale, le spese relative alla PMA, la Procreazione Medicalmente Assistita:

- alla Lavoratrice dipendente dai 18 ai 45 anni di età
- al Lavoratore dipendente, che può richiedere il rimborso della PMA per la propria coniuge/convivente *more uxorio* che abbia dai 18 ai 45 anni di età.

SAN.ARTI., solo se è certificato l'avvenuto trasferimento degli embrioni o l'inseminazione intrauterina, rimborsa le seguenti spese relative alla PMA:

- i trattamenti farmacologici per l'induzione della crescita follicolare multipla e i relativi monitoraggi ecografici
- le prestazioni medico-chirurgiche riferite alla tecnica della PMA: il prelievo degli ovociti e il trasferimento degli embrioni o l'inseminazione intrauterina.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

L'Iscritta deve presentare la domanda di rimborso **dopo l'avvenuto trasferimento degli embrioni o dopo l'inseminazione intrauterina** allegando obbligatoriamente tutti i seguenti documenti in un'unica pratica:

- il certificato della struttura sanitaria o del medico ginecologo con la data di esecuzione del trasferimento degli embrioni o dell'inseminazione intrauterina
- gli scontrini fiscali parlanti, le ricevute e/o le fatture con l'indicazione del farmaco acquistato e/o della prestazione sanitaria
- il piano terapeutico e la prescrizione del medico curante - solo per i farmaci attinenti alla PMA.

Se l'Iscritto richiede il rimborso delle spese sostenute dalla sua coniuge/convivente *more uxorio*, oltre alla documentazione precedente occorre obbligatoriamente:

- inserire il codice fiscale della coniuge/convivente *more uxorio*
- allegare lo stato di famiglia alla data di inizio del percorso della PMA
- fornire il consenso al trattamento dei dati personali da parte della coniuge/convivente *more uxorio*.

Requisiti dei documenti di spesa

I documenti di spesa devono essere:

- emessi in Italia - l'intero percorso deve essere svolto nel territorio italiano
- intestati all'Iscritta o intestati alla coniuge/convivente *more uxorio* dell'Iscritto.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa entro un anno dalla loro emissione purché in quella data l'Iscritta/o sia regolarmente in copertura.

Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o da gravi malattie



Massimale: 7.000 € una tantum

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale *una tantum*, le spese per prestazioni sanitarie e/o per servizi di assistenza, come ad esempio badanti e infermieri, se la grave inabilità è causata da:

- **infortunio sul lavoro** con invalidità permanente superiore al 50%, secondo la tabella di riferimento Inail, come conseguenza diretta dell'infortunio
- una di queste **gravi malattie**
 - fibrosi cistica
 - ictus
 - ischemia delle arterie vertebrali
 - paralisi
 - sclerosi multipla
 - trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo spinale o pancreas.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

L'Iscritta/o nella richiesta di rimborso per la grave inabilità deve allegare obbligatoriamente:

- **in caso di infortunio sul lavoro**: il certificato di Pronto Soccorso e la certificazione Inail con l'indicazione del grado di invalidità
- se è causata da **una delle gravi malattie sopra elencate**: il certificato attestante la patologia rilasciato da una struttura sanitaria pubblica.

In entrambi i casi, sia di infortunio sul lavoro che di grave malattia, occorre allegare inoltre:

- le fatture e/o le buste paga riguardanti le spese sanitarie e socio-sanitarie sostenute, purché attinenti alla grave inabilità.

Sono ammesse al rimborso solo le spese comprovate da:

- fattura per le spese sanitarie e socio-sanitarie (ad es. infermiere o fisioterapista)
- prospetto di busta paga - con le relative ricevute dei pagamenti dei contributi INPS e le prove di quietanza - per i servizi di assistenza (ad es. badante, infermiere).

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa entro un anno dalla loro emissione purché in quella data l'Iscritta/o sia regolarmente in copertura.

Psicoterapia



Massimale: 750 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale annuo, le spese per sedute di psicoterapia condotte da soggetti abilitati all'attività di psicoterapeuta secondo la legge vigente: devono essere cioè iscritti all'Albo degli psicoterapeuti.

SAN.ARTI. rimborsa le spese sostenute per le sedute con lo psicoterapeuta di fiducia o con il Servizio Sanitario Nazionale.

Prima di iniziare le sedute di psicoterapia, un medico specialista nel campo (psichiatra, neuropsichiatra, medico psicologo clinico), deve diagnosticare all'Iscritta/o una di queste patologie:

- abuso di sostanze
- comportamenti compulsivi
- depressione
- disturbi del comportamento alimentare
- disturbi maniacali
- disturbi ossessivi
- fobie
- gioco compulsivo.

Sono rimborsate solo le sedute di psicoterapia condotte da psicoterapeuti iscritti all'Albo.

Il Fondo non rimborsa le spese sostenute per colloqui con psicologi, counsellors, percorsi di coaching o similari.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

L'Iscritta/o nella richiesta di rimborso deve allegare obbligatoriamente:

- il certificato del medico specialista in patologie psichiatriche (psichiatra, neuropsichiatra, medico psicologo clinico) con la diagnosi
- il certificato di iscrizione della/o psicoterapeuta prescelta/o all'Albo degli psicoterapeuti
- i Tickets per le sedute di psicoterapia effettuate con il SSN
oppure
- la fattura delle sedute di psicoterapia emesse dallo psicoterapeuta di fiducia.

La data della certificazione con la diagnosi del medico specialista nel campo deve ricadere nei 12 mesi precedenti a quella del primo documento di spesa di cui si richiede il rimborso.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa con data dal 1° gennaio 2022 e fino a un anno dall'emissione, purché in quella data l'Iscritta/o sia regolarmente in copertura.

Fisioterapia - Trattamenti fisioterapici riabilitativi



Massimale: 600 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale annuo, i costi per i trattamenti fisioterapici riabilitativi nel caso di:

- **infortunio certificato dal Pronto Soccorso**
- **una delle seguenti patologie:**
 - cardiopatie temporaneamente invalidanti
 - forme neurologiche degenerative o neuro-miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, morbo di Parkinson, sclerosi multipla e malattie progressive, fin quando sia possibile l'attività lavorativa¹
 - fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti
 - ictus cerebrale
 - interventi chirurgici cruenti e demolitivi quali, solo a titolo esemplificativo, osteosintesi, osteotomia, rimozione di tumori importanti quali mastectomia, prostatectomia, tumori ossei²
 - protesizzazione degli arti.

I trattamenti di fisioterapia devono essere effettuati da figure professionali abilitate in terapia della riabilitazione, quali ad esempio medici, osteopati, fisioterapisti iscritti all'Ordine. Il titolo di studio dovrà essere riportato nel documento di spesa: diploma universitario/laurea abilitante o titolo equipollente (come da Decreti Ministeriali) o equivalente (ai sensi del DPCM 26 settembre 2011).

L'Iscritta/o può rivolgersi a strutture e professionisti privati oppure al Servizio Sanitario Nazionale.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

L'Iscritta/o nella richiesta di rimborso deve allegare obbligatoriamente:

- la prescrizione del medico di medicina generale o specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia diagnosticata
- il certificato di Pronto Soccorso - solo in caso di infortunio
- i documenti di spesa.

La data della prescrizione deve ricadere nei 12 mesi precedenti a quella del documento di spesa.

Non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico o fisioterapico.

Sono ammesse al rimborso le fatture con data dal 1° gennaio 2022 e fino a un anno dall'emissione, purché in quella data l'Iscritta/o sia regolarmente in copertura.

¹ Per l'effettiva copertura della patologia contattare l'Ufficio Autogestione di SAN.ARTI.

² *Idem* nota 1.

Ausili e Protesi



Massimale: 250 € una tantum

SAN.ARTI. rimborsa, fino al limite del massimale *una tantum*, le spese per l'acquisto di questi ausili o protesi:

- apparecchi ortopedici per arto inferiore
- apparecchi ortopedici per arto superiore
- corsetto ortopedico
- ginocchiera articolata post intervento chirurgico
- ortesi spinali
- plantari ortopedici solo per: neuroma di Morton, alluce valgo, spina calcaneare
- protesi acustica mono o bilaterale
- stampelle.

Per ottenere il rimborso l'acquisto deve essere effettuato su prescrizione di un medico specialista nel campo e presso un fornitore autorizzato.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

L'Iscritta/o nella richiesta di rimborso deve allegare obbligatoriamente:

- la prescrizione rilasciata da un medico specialista nel campo (ad esempio la protesi acustica dall'otorino, gli altri ausili dall'ortopedico)
- la fattura rilasciata da fornitore autorizzato (ortopedia, sanitaria, ecc.).

La data della prescrizione deve ricadere nei 12 mesi precedenti a quella del documento di spesa.

Sono ammesse al rimborso le fatture con data dal 1° gennaio 2022 e fino a un anno dall'emissione, purché in quella data l'Iscritta/o sia regolarmente in copertura.

3. IL NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE PER I FIGLI MINORENNI

- estensione gratuita del Piano sanitario Dipendenti -

Prestazioni erogate direttamente da SAN.ARTI.

Il Piano sanitario dei Lavoratori Dipendenti iscritti a SAN.ARTI. è integrato gratuitamente con sette prestazioni dedicate ai loro Figli minorenni.

Nomenclatore SAN.ARTI. Figli minorenni

- Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
- Visita specialistica oculistica
- Lenti graduate correttive
- Visita specialistica ortopedica
- Plantari ortopedici e altri ausili/protesi
- Indagini genetiche – esami di laboratorio genetico/molecolare
- Assistenza alla non autosufficienza:
 - a. assistenza alla non autosufficienza con connotazione di gravità
 - b. assistenza alla non autosufficienza senza connotazione di gravità.

Per accedere a queste prestazioni, l'Iscriitta/o caponucleo deve essere regolarmente in copertura e i Figli minorenni devono essere iscritti o registrati a SAN.ARTI.

Tickets

per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso



Massimale: 600 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale annuo, i Tickets del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso.

Il rimborso dei Tickets è integrale.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Per la richiesta di rimborso l'Iscriitta/o caponucleo deve presentare obbligatoriamente il seguente documento di spesa relativo a Ticket del SSN:

- fattura/ricevuta di pagamento/scontrino parlante.

Il documento di spesa deve riportare chiaramente e in maniera leggibile tutte queste informazioni:

- i dati del Figlio minorenni: nome, cognome, codice fiscale
- i dati della struttura sanitaria: ragione sociale, città, partita IVA
- il numero e la data della fattura/ricevuta di pagamento/scontrino parlante
- il tipo di prestazione effettuata – deve essere riconoscibile
- l'importo pagato.

In caso di parziale o totale illeggibilità, di assenza o non chiarezza di una o più delle informazioni contenute nel documento di spesa, SAN.ARTI. si riserva di chiedere a integrazione:

- ulteriore documentazione
- la documentazione originale.

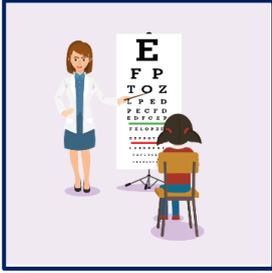
In caso non sia riportata o non sia chiara la tipologia di prestazione, SAN.ARTI. chiederà l'impegnativa del medico curante.

Se l'Iscriitta/o caponucleo non soddisfa le richieste di integrazione, SAN.ARTI. non potrà procedere al rimborso.

Se l'Iscriitta/o caponucleo ha più di un Ticket del SSN, può richiedere il rimborso in un'unica soluzione inviando tutti i Tickets con una sola pratica.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta/scontrino parlante, purché l'Iscriitta/o caponucleo in quella data sia regolarmente in copertura.

Visita specialistica oculistica



Massimale: 70 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale, la spesa di una visita oculistica l'anno, effettuata presso qualsiasi struttura sanitaria privata e/o medico specialista oculista o oftalmologo privato a libera scelta o rivolgendosi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In caso di struttura sanitaria privata o medico specialista privato a libera scelta, il rimborso massimo è di 70 €, con l'applicazione di uno scoperto del 25% che resta a carico del richiedente.

Nel caso di pagamento del Ticket del SSN il rimborso è integrale.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Nella richiesta di rimborso l'Iscritta/o caponucleo deve allegare obbligatoriamente:

- la prescrizione medica con il quesito diagnostico o la patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica oculistica del Figlio minorenni
- il documento di spesa della visita oculistica intestato al Figlio minorenni.

La data della prescrizione deve ricadere nei 12 mesi precedenti a quella del documento di spesa.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data l'Iscritta/o caponucleo sia regolarmente in copertura.

Lenti graduate correttive



Massimale: 200 € ogni 24 mesi, con franchigia di 50 €

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale, le spese per l'acquisto delle seguenti lenti graduate correttive della vista:

- lenti graduate correttive per occhiali
- lenti graduate correttive a contatto, anche del tipo usa e getta.

Non sono rimborsabili altre spese diverse dalle lenti, ad esempio la montatura o la lavorazione.

Il rimborso avviene esclusivamente su una singola fattura o scontrino parlante.

L'acquisto delle lenti, anche multiplo o in fasi successive, deve essere contenuto in un unico documento di spesa intestato al Figlio minorenni.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Per la richiesta di rimborso l'Iscriitta/o caponucleo deve presentare obbligatoriamente i seguenti documenti:

1. Prescrizione dell'oculista/certificazione dell'ottico

1.1. Prima richiesta di rimborso: prescrizione dell'oculista o oftalmologo

Alla prima richiesta di rimborso occorre allegare obbligatoriamente la prescrizione delle lenti per il Figlio minorenni rilasciata solo da un medico oculista o oftalmologo con l'indicazione del visus.

Non è ammessa la prescrizione o la certificazione di altri soggetti, quali l'ortottico o similari.

1.2. Requisiti per richiedere un nuovo rimborso

- devono essere trascorsi 24 mesi tra la data della fattura/scontrino parlante già rimborsato e la data del nuovo documento di spesa
- deve essere intervenuta una modifica del visus rispetto alla misurazione precedente.

1.3. Richieste di rimborso successive alla prima

Dalla seconda richiesta di rimborso, dopo cioè 24 mesi dalla data del documento di spesa precedentemente rimborsato, si deve obbligatoriamente allegare uno dei seguenti documenti a scelta tra:

- la prescrizione delle lenti per il Figlio minorenni rilasciata dall'oculista con indicazione del visus, sistema TABO
oppure
- la certificazione dell'ottico per il Figlio minorenni con indicazione del visus, sistema TABO.

1.4. Requisiti della prescrizione dell'oculista e della certificazione dell'ottico

La prescrizione dell'oculista e la certificazione dell'ottico devono contenere obbligatoriamente e in modo leggibile tutte queste informazioni:

- nome e cognome del Figlio minorenne
- data di rilascio del documento
- visus con sistema TABO, cioè la correzione della vista da apportare con le lenti
- timbro e firma dell'oculista o dell'ottico.

Tra la data di rilascio della prescrizione dell'oculista o della certificazione dell'ottico e la data di acquisto delle lenti per il Figlio minorenne non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

2. Documento di spesa: fattura o scontrino parlante

Alla richiesta di rimborso l'Iscritta/o caponucleo deve allegare fattura o scontrino parlante emesso in Italia, che contenga tutte queste informazioni:

- il nome, cognome e il codice fiscale del Figlio minorenne
- dettaglio degli importi pagati per le singole voci di spesa: le lenti graduate correttive, la montatura, la lavorazione o altro.

Se le informazioni sopra elencate non sono contenute nella fattura o scontrino parlante intestati al Figlio minorenne, SAN.ARTI. non potrà procedere al rimborso.

Non sono ammessi fatture o scontrini parlanti con diciture generiche e che non contengano il dettaglio della spesa delle lenti graduate correttive. Ad esempio, non sono ammesse al rimborso le spese descritte con le seguenti diciture: "occhiale da vista completo di lenti", "occhiali da vista", "occhiali da riposo", "occhiali da sole", "lenti colorate" o similari.

In caso di parziale o totale illeggibilità, di assenza o non chiarezza di uno o più delle informazioni contenute nei documenti, SAN.ARTI. si riserva di chiedere a integrazione:

- ulteriore documentazione
- la documentazione originale.

Se le richieste di integrazione non vengono soddisfatte, SAN.ARTI. non potrà procedere al rimborso.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data l'Iscritta/o caponucleo sia regolarmente in copertura.

Visita specialistica ortopedica



Massimale: 70 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale, la spesa di una visita ortopedica l'anno, effettuata presso qualsiasi struttura sanitaria privata e/o medico specialista ortopedico privato a libera scelta o rivolgendosi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In caso di struttura sanitaria privata o medico specialista privato a libera scelta, il rimborso massimo è di 70 €, con l'applicazione di uno scoperto del 25% che resta a carico del richiedente.

Nel caso di pagamento del Ticket del SSN il rimborso è integrale.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Nella richiesta di rimborso l'Iscritta/o caponucleo deve allegare obbligatoriamente:

- la prescrizione medica con il quesito diagnostico o la patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica ortopedica del Figlio minorenni
- il documento di spesa della visita ortopedica intestato al Figlio minorenni.

La data della prescrizione deve ricadere nei 12 mesi precedenti a quella del documento di spesa.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data l'Iscritta/o caponucleo sia regolarmente in copertura.

Plantari ortopedici e altri ausili/protesi



Massimale: 100 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale annuo, le spese per l'acquisto di questi ausili, protesi o plantari ortopedici:

- apparecchi ortopedici per arto inferiore
- apparecchi ortopedici per arto superiore
- ausili per la deambulazione
- ginocchiera articolata post intervento chirurgico
- ortesi spinali
- passeggini posturali e da trasferimento
- plantari ortopedici
- protesi acustica mono o bilaterale
- sistema di sedute posturali
- stampelle.

L'acquisto deve essere effettuato su prescrizione di un medico specialista nel campo (ad esempio la protesi acustica prescritta dall'otorino; i plantari ortopedici, gli altri ausili o protesi prescritti dall'ortopedico) e presso un fornitore autorizzato (ortopedia, sanitaria, ecc.).

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Per la richiesta di rimborso l'Iscritta/o caponucleo deve presentare obbligatoriamente:

- la prescrizione dei plantari ortopedici, ausili o protesi per il Figlio minorenni, rilasciata da medico specialista nel campo
- la fattura intestata al Figlio minorenni, rilasciata da fornitore autorizzato.

La data della prescrizione deve ricadere nei 12 mesi precedenti a quella del documento di spesa.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data l'Iscritta/o caponucleo sia regolarmente in copertura.

Indagini genetiche – esami di laboratorio genetico/molecolare



Massimale: 500 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale annuo, le spese delle indagini genetiche - esami di laboratorio genetico/molecolare – per il Figlio minorenni in caso di malformazioni riportate nella Tabella 1.

Tabella 1. Malformazione e documentazione richiesta

MALFORMAZIONE	DOCUMENTAZIONE
ACONDROPLASIA (NANISMO)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o cartella clinica rilasciata alla nascita
ANEMIA FALCIFORME	referto specialistico e/o referti di esami effettuati in precedenza
ANEUPLOIDIE MOLECOLARI	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza (anche pre-natali)
ATASSIA DI FRIEDREICH	referto specialistico e/o elettromiografia precedentemente effettuata e/o documentazione clinica di Familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
ATASSIA-TELEANGECTASIA (AT)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di Familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
ATASSIE SPINOCEREBELLARI	sia nella forma ereditaria che nella forma acquisita: referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di Familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
CARIOTIPO SU SANGUE PERIFERICO	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
CITOGENETICA POST-NATALE	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
COREA DI HUNTINGTON GIOVANILE (JHD)	sia nei pazienti sintomatici che nei pazienti asintomatici: referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di Familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
CROMATINA SESSUALE	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT 21 IDROSSILASI (CAH)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT 5ALFAREDUTTASI	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT AROMATASI	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT DI ACIL -CoA DEIDRONENASI (MCDA DEFICIT)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DISTONIA MIOTONICA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di Familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
DISTONIA PRIMARIA O IDIOPATICA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DISTROFIA MUSCOLARE	referto specialistico e/o referto di accertamento effettuato in precedenza
EMOCROMATOSI	esame di laboratorio precedente e/o prescrizione con patologia
FATTORE VIII PER L'EMOFILIA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
FIBROSI CISTICA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
MICRODELEZIONE DEL CROMOSOMA Y	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
SBMA (ATROFIA MUSCOLARE SPINO-BULBARE)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
SORDITA' CONGENITA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
X FRAGILE	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza

Le indagini genetiche - esami di laboratorio genetico/molecolare - possono essere svolte da strutture sanitarie private scelte liberamente o presso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In caso di struttura sanitaria privata a libera scelta, all'importo in fattura si applica uno scoperto del 25% che resta a carico del richiedente.

Nel caso di pagamento del Ticket del SSN il rimborso è integrale.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Per la richiesta di rimborso l'Iscritta/o caponucleo deve presentare obbligatoriamente:

- la prescrizione medica per il Figlio minorenni con il quesito diagnostico o la patologia presunta o accertata
- il documento di spesa intestato al Figlio minorenni dal quale sia riconoscibile la prestazione effettuata
- il referto o l'esame della malformazione presunta o accertata.

La data della prescrizione deve ricadere nei 12 mesi precedenti a quella del documento di spesa.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data l'Iscritta/o caponucleo sia regolarmente in copertura.

Assistenza alla non autosufficienza



a. Massimale: 2.400 € l'anno b. Massimale: 600 € l'anno

a. assistenza alla non autosufficienza con connotazione di gravità

Massimale: 2.400 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale annuo, le spese per l'assistenza e la cura del Figlio minore che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3.

Sono ammessi al rimborso:

- le prestazioni sanitarie attinenti alla patologia: analisi chimico cliniche, terapie di supporto (logopedista, pet-therapy), visite mediche specialistiche; sono escluse le spese odontoiatriche
- gli strumenti e gli ausili quali, solo a titolo esemplificativo, gli ausili per agevolare i trasferimenti come i piedistalli e dischi girevoli, i sollevatori manuali ed elettrici³
- i presidi tecnici: carrozzina, deambulatore, materasso antidecubito
- le prestazioni di assistenza specifica alla persona (badante, infermiere, fisioterapista).

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Per la richiesta di rimborso l'Iscritta/o caponucleo deve allegare obbligatoriamente:

- il verbale rilasciato dalla ASL di appartenenza ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3
- i documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, Tickets) intestati al Figlio minore
- la prescrizione medica per le prestazioni sanitarie attinenti alla patologia
- la prescrizione del medico specialista nel campo per strumenti e ausili e i presidi tecnici
- il prospetto di busta paga e ricevute pagamenti INPS per le prestazioni di un/una badante⁴
- la fattura per la prestazione professionale di un infermiere o di un fisioterapista⁵.

La data della prescrizione deve ricadere nei 12 mesi precedenti a quella del documento di spesa.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data l'Iscritta/o caponucleo sia regolarmente in copertura.

³ Per l'effettiva copertura della tipologia di ausili e protesi contattare l'Ufficio Autogestione di SAN.ARTI.

⁴ Per i servizi di assistenza di un/una badante sono ammesse al rimborso solo le spese comprovate da prospetto di busta paga con le relative ricevute dei pagamenti dei contributi INPS e le prove di quietanza

⁵ Per le prestazioni professionali di un infermiere o di un fisioterapista sono ammesse al rimborso solo le spese comprovate da fattura.

b. assistenza alla non autosufficienza senza connotazione di gravità

Massimale: 600 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa, nei limiti del massimale annuo, le spese per l'assistenza e la cura del Figlio minorente che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 1.

Il rimborso massimo annuale è di € 600, con l'applicazione di uno scoperto del 50% che resta a carico del richiedente.

SAN.ARTI. rimborsa il 50% delle spese sostenute per il Figlio minorente dal compimento del 3° anno di età fino al compimento del 18° anno di età per:

- le prestazioni sanitarie attinenti alla patologia: analisi chimico cliniche, terapie di supporto (logopedista, pet-therapy), visite mediche specialistiche; sono escluse le spese odontoiatriche
- i presidi tecnici: carrozzina, deambulatore, materasso antidecubito.

DOCUMENTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

Per la richiesta di rimborso l'Iscritta/o caponucleo deve allegare obbligatoriamente:

- il verbale rilasciato dalla ASL di appartenenza ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 1
- i documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, tickets) intestati al Figlio minorente
- la prescrizione medica curante per le prestazioni sanitarie attinenti alla patologia
- la prescrizione del medico specialista nel campo per i presidi tecnici.

La data della prescrizione deve ricadere nei 12 mesi precedenti a quella del documento di spesa.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data l'Iscritta/o caponucleo sia regolarmente in copertura.

4. AUTOGESTIONE: PROCEDURE, REGOLE, LIMITAZIONI, ESCLUSIONI

Procedure

Come richiedere il rimborso e/o le indennità

L'Iscritta/o deve richiedere direttamente a SAN.ARTI. il rimborso delle prestazioni e/o le indennità erogate in Autogestione.

Per richiedere il rimborso e/o l'indennità l'Iscritta/o può scegliere una di queste tre modalità:

1. online

dalla propria [Area riservata](#) su www.sanarti.it – cliccare sul bottone verde Prenotazioni/Rimborsi e poi su quello azzurro “Pratiche SAN.ARTI.”

2. per posta

- compilare e firmare il modulo di rimborso [MOD. MM 22-05](#), reperibile in www.sanarti.it
- allegare copia dei documenti richiesti (fatture, ricevute, scontrini parlanti, prescrizioni mediche, ecc.)
- inviare il modulo compilato e firmato e i documenti a:

Fondo SAN.ARTI. - Ufficio Prestazioni in Autogestione
Casella Postale 7241 – Ufficio Postale Roma Nomentano – 00162 Roma

Gli allegati (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, ecc.) vanno inviati in fotocopia.

3. tramite uno degli Sportelli territoriali SAN.ARTI.

l'operatore di Sportello inoltrerà la richiesta di rimborso e/o di indennità per conto dell'Iscritta/o. Il servizio è gratuito.



La [mappa degli Sportelli](#) è reperibile su www.sanarti.it e inquadrando il QR Code.

Avvertenza

La richiesta di rimborso o di indennità deve essere inviata con tutta la documentazione completa e chiaramente leggibile.

Non sono ammesse le richieste di rimborso, di indennità, nonché della relativa documentazione, inviate tramite posta elettronica.

Iter della richiesta di rimborso e/o di indennità

L'Iscritta/o, dopo l'invio della richiesta di rimborso, riceve un'email:

- di riscontro del corretto invio, con il numero pratica, il riepilogo dei dati inseriti e dei documenti allegati
- se la pratica è stata sospesa per documentazione mancante da integrare e/o con richiesta di modifica dei dati inseriti erroneamente
- se la richiesta è stata respinta, con la relativa motivazione
- quando il bonifico è stato eseguito.

Avvertenza

L'Iscritta/o deve integrare la documentazione e/o modificare i dati errati entro 30 giorni dalla data di sospensione. Trascorsi inutilmente i 30 giorni, la domanda di rimborso e/o di indennità è considerata a tutti gli effetti annullata e non più visualizzabile in Area riservata.

L'Iscritta/o può verificare in qualsiasi momento dalla propria Area riservata lo stato di avanzamento della lavorazione della pratica e visualizzare l'estratto conto.

Regole, limitazioni ed esclusioni

Regole

SAN.ARTI. rimborsa le spese sanitarie e socio-sanitarie sostenute in Italia e per prestazioni eseguite in territorio italiano. Il documento di spesa, emesso in Italia, deve essere valido ai fini fiscali e con prova di quietanza.

Ai fini del rimborso, alla data del documento di spesa l'Iscritta/o deve essere regolarmente in copertura.

Ai fini del rimborso delle prestazioni dei Figli minorenni registrati, alla data del documento di spesa del Figlio minorenne l'Iscritta/o caponucleo deve essere regolarmente in copertura.

L'Iscritta/o ai fini del rimborso deve presentare i documenti di spesa entro e non oltre 12 mesi dalla data di emissione.

La data di rilascio della prescrizione medica o della certificazione, ove richiesta, deve ricadere nei 12 mesi precedenti alla data di emissione del documento di spesa (fattura, ricevuta, scontrino parlante).

I documenti di spesa devono contenere il dettaglio delle prestazioni effettuate.

SAN.ARTI. potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento la documentazione in originale e/o ulteriore documentazione.

SAN.ARTI. si riserva, a proprio insindacabile giudizio, di verificare l'autenticità dei documenti e la veridicità delle informazioni in essi contenute, inviati dall'Iscritta/o ai fini della richiesta di rimborso o di indennità.

SAN.ARTI. si riserva di dare comunicazione alle competenti autorità giudiziarie, in caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

I pagamenti sono effettuati esclusivamente sull'IBAN intestato o cointestato dall'Iscritta/o e da lei/lui indicato.

Le spese sanitarie sostenute possono essere portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi nel limite degli importi non rimborsati da SAN.ARTI.

Limitazioni ed esclusioni

Non sono ammesse a rimborso in Autogestione:

- le prestazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico
- le cure e gli interventi per difetti fisici o per malformazioni congenite
- le cure termali, idroterapiche, fitoterapiche, dietologiche, del benessere

- le prestazioni, le cure e gli interventi effettuati presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere e similari anche se con annesso centro medico
- le prestazioni, le cure e gli interventi effettuati da soggetti non in possesso di autorizzazioni e specializzazioni riconosciute dalla normativa vigente
- le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronicari
- le prestazioni eseguite senza prescrizione, ove richiesta, o con prescrizione priva di quesito diagnostico e/o patologia
- i colloqui con psicologi, counsellors, percorsi di coaching o similari
- le spese relative a vaccini
- le spese relative a tamponi e test sierologici COVID-19
- le spese relative a parafarmaci e medicinali, a eccezione di quanto previsto nella PMA
- le spese veterinarie
- le spese relative a certificati medici per qualsiasi finalità
- le spese per bolli o marche da bollo
- le spese relative a ricovero per intervento chirurgico o per patologia
- le spese per il ritiro della cartella clinica
- le visite specialistiche odontoiatriche e ortodontiche e le cure dentarie
- le visite per patenti di guida
- le spese relative a infortuni, patologie, intossicazioni conseguenti all'abuso di alcool e psicofarmaci o all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni
- le cure e gli interventi per AIDS o sieropositività da HIV
- le spese e gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente
- le spese e gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare professionistiche (ad es. automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche) e alle relative prove e allenamenti
- le spese e gli infortuni causati da azioni dolose, lesive o autolesive compiute dall'Iscritta/o
- 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
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, terrorismo, tumulti popolari, atti violenti a cui l'Iscritta/o abbia preso parte volontariamente
- le conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie
- **tutto ciò non espressamente compreso nel Nomenclatore delle prestazioni in Autogestione.**

Foro competente

Per le eventuali controversie che dovessero insorgere in merito all'efficacia, interpretazione e operatività del Piano sanitario per la parte relativa alle prestazioni erogate in Autogestione, è competente in via esclusiva il Foro di Roma.

5. IL NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE PER I DIPENDENTI

Prestazioni erogate in convenzione dalla Compagnia assicuratrice UniSalute per conto di SAN.ARTI.

Nomenclatore UniSalute

Estratto dalle CdA SAN.ARTI. – UniSalute

- Oggetto dell'assicurazione
- Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (intendendo per tali quelli contenuti nell'allegato A)
- Ricovero medico in istituto di cura per patologie di importanza rilevante (intendendo per tali quelle contenute nell'allegato B)
- Ricoveri in lungodegenza
- Neonati
- Alta specializzazione – *elenco prestazioni*
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- Odontoiatria:
 - Prestazioni odontoiatriche particolari
 - Implantologia
 - Avulsione fino a un massimo di 4 denti
 - Cure conservative
- Prevenzione:
 - Prevenzione medico guidata
 - Prevenzione specialistica specifica
- Assistenza alla non autosufficienza (prestazioni domiciliari per casi di impossibilità alla deambulazione autonoma)
- Servizio monitor salute
- Prestazioni a tariffe agevolate

UniSalute eroga le prestazioni per conto di SAN.ARTI. attraverso:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche **convenzionate** con UniSalute e medici convenzionati con UniSalute*
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche **non convenzionate** con UniSalute*
- c) **Servizio Sanitario Nazionale.***

Nelle singole garanzie è specificato:

- ***come accedere** alle prestazioni*
- ***a quale tipologia** di struttura rivolgersi.*

Estratto dalle CdA SAN.ARTI. – UniSalute

Nomenclatore UniSalute

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (intendendo per tali quelli contenuti nell'allegato A);
- ricovero medico in istituto di cura per patologie di importanza rilevante (intendendo per tali quelle contenute nell'allegato B);
- ricoveri in lungodegenza;
- neonati;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- implantologia,
- avulsione fino a un massimo di 4 denti;
- cure conservative;
- prevenzione medico guidata;
- prevenzione specifica specialistica;
- assistenza alla non autosufficienza (prestazioni domiciliari per casi di impossibilità alla deambulazione autonoma);
- servizio monitor salute;
- prestazioni per COVID-19;
- prestazioni a tariffe agevolate.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società e medici convenzionati con la Società
- Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. *...omissis...*

RICOVERO

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO (INTENDENDO PER TALI QUELLI CONTENUTI NELL'ALLEGATO A)

La fase di acuzie può avere un massimo di copertura di **25 giorni** e il prosieguo dovrà essere calcolato come ricovero in lungodegenza. La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **60** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) 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 protesi e le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € **75,00** al giorno per un massimo di **25** giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € **80,00** al giorno per un massimo di **25** giorni per ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

g) 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.

3.1.1 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo/elicottero sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

Il sottomassimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per ricovero.

3.1.2 DAY-SURGERY

Nel caso di day-surgery, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (intendendo per tali quelli contenuti nell'allegato A, fatta eccezione per i p.ti d), e) e f))" e 3.1.1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.1.3 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (intendendo per tali quelli contenuti nell'allegato A)":
 - lett. a) "Pre ricovero";
 - lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

Nel caso in cui non siano presenti strutture convenzionate nella provincia di residenza/domicilio dell'Assicurato, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate e le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite di un massimale di € 12.000,00 per intervento con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico (intendendo per tali quelli contenuti nell'allegato A)”:
 - lett. a) “Pre ricovero”;
 - lett. e) “Accompagnatore”;
 - lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.1.4 “Indennità sostitutiva”.

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

3.1.4 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni notte di ricovero per i primi 25 giorni di ricovero, e di € 130,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 26° giorno fino al 100° giorno di ricoveri in lungodegenza.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

Per il solo Assicurato, la Società rimborsa inoltre una camera singola a pagamento o i ticket sanitari per spese sostenute durante il ricovero.

Oltre agli interventi chirurgici di cui all'allegato A, l'indennità è prevista anche per tutti gli interventi di trapianto d'organo effettuati presso il SSN e nel caso di day-surgery.

3.2 RICOVERO MEDICO IN ISTITUTO DI CURA PER PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE (INTENDENDO PER TALI QUELLE CONTENUTE NELL'ALLEGATO B)

La fase di acuzie può avere un massimo di copertura di 25 giorni e il prosieguo dovrà essere calcolato come ricovero in lungodegenza. La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 60 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

c) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

d) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € **75,00** al giorno per un massimo di **25** giorni per ricovero.

e) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € **80,00** al giorno per un massimo di **25** giorni per ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

f) 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.

3.2.1 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo/elicottero sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

Il sottomassimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per ricovero.

3.2.2 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.2 "Ricovero medico in istituto di cura per patologie di importanza rilevante (intendendo per tali quelle contenute nell'allegato B fatta eccezione per i p.ti c), d) e e)") e 3.2.1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.2.3 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.2 "Ricovero medico in istituto di cura per patologie di importanza rilevante (intendendo per tali quelle contenute nell'allegato B)":
 - lett. a) "Pre ricovero";
 - lett. e) "Assistenza infermieristica privata individuale";
- che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

Nel caso in cui non siano presenti strutture convenzionate nella provincia di residenza/domicilio dell'Assicurato, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate e le spese relative alle prestazioni

effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite di un massimale di € **12.000,00** per ricovero con uno scoperto del **20%**, con il minimo non indennizzabile di € **2.000,00** ad eccezione delle seguenti:

- punto 3.2 “Ricovero medico in istituto di cura per patologie di importanza rilevante (intendendo per tali quelle contenute nell'allegato B)”:
 - lett. a) “Pre ricovero”;
 - lett. d) “Accompagnatore”;
 - lett. e) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.2.4 “Indennità sostitutiva”.

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

3.2.4 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità di € **40,00** per ogni notte di ricovero fino al **100°** giorno di ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

3.3 RICOVERI IN LUNGODEGENZA

Trascorsi i 25 giorni del periodo di acuzie per ricovero indennizzabile a termini di polizza, la Società, per i 30 giorni successivi, garantisce il protrarsi del ricovero a seguito di complicanza dell'evento acuto, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, presso strutture di lungodegenza.

La Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (intendendo per tali quelli contenuti nell'allegato A)” e 3.1.1 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati o 3.2 “Ricovero medico in istituto di cura per patologie di importanza rilevante (intendendo per tali quelle contenute nell'allegato B)” e 3.2.1 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

3.4 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € **120.000,00** per persona.

3.5 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese **per interventi effettuati nei primi tre anni di vita del neonato** per la correzione di malformazioni congenite (diagnosticate nel primo anno di vita), comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 25.000,00 per neonato.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Qualsiasi radiografia di organo o apparato, compreso l'apparato osseo-scheletrico, tra cui l'ortopantomica

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Urografia
- Qualsiasi esame contrastografico dell'Apparato Digerente

Diagnostica per immagini**Ecografie**

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

Ecocolordoppler

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Ecocolordoppler Tiroide

Alta Diagnostica per immagini

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto
- TAC-PET
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Rmn cardiaca ad alta risoluzione
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Medicina nucleare in vivo

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Diagnostica strumentale e Specialistica

- Coronarografia
- Ecografia endovascolare
- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore

- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Esame Urodinamico
- Fluoroangiografia oculare

Biopsie

- Tutte quale atto medico di prelievo.

Esami istologici e citologici

- Anche volti a stadiazioni di tumori maligni, immunoistologia, test di responsività a terapie immunologiche, biologiche, genetiche per i tumori maligni.

Endoscopie diagnostiche e operative

- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancoloscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

N.B. nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, la Società garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica e dell'eventuale costo operativo, nei limiti del massimale previsto.

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di **€ 10,00** per ogni prestazione o ciclo di terapia, che l'Assicurato dovrà versare direttamente alla struttura sanitaria convenzionata all'atto dell'effettuazione delle prestazioni.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate, entro un raggio di 30 km dalla residenza e/o domicilio dell'Assicurato, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 10,00** per ogni prestazione o ciclo di terapia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 10.000,00 per persona. Per le prestazioni di endoscopia operativa, è previsto un sottomassimale annuo di € 2.000,00 per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

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

Per le visite specialistiche i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di:

- € 10,00 per ogni visita specialistica;
- € 30,00 per ogni accertamento diagnostico (in caso di esami del sangue/di laboratorio la franchigia si intende applicata per prelievo);

che l'Assicurato dovrà versare direttamente alla struttura sanitaria convenzionata all'atto dell'effettuazione delle prestazioni. Le prestazioni di psicoterapia vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate, entro un raggio di 30 km dalla residenza e/o domicilio dell'Assicurato, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di:

- € 10,00 per ogni visita specialistica;
- € 30,00 per ogni accertamento diagnostico (in caso di esami del sangue/di laboratorio la franchigia si intende applicata per prelievo).

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per persona.

ODONTOIATRIA

6. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

Anche in deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **una visita specialistica** odontoiatrica all'anno;
- **due sedute di igiene professionale all'anno** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

7. IMPLANTOLOGIA

Anche in deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o 4 impianti, previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura l'avulsione, il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e l'elemento definitivo.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le immagini radiografiche precedenti e successive alla riabilitazione implantoprotesica.

La garanzia è operante nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Viene previsto un massimale di € 800,00 per impianto fino a un massimo di 4 impianti per anno assicurativo.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'Assicurato potrà usufruire delle tariffe agevolate nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società per l'importo eccedente il massimale.

8. AVULSIONE FINO A UN MASSIMO DI 4 DENTI

Anche in deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di avulsione (estrazione) fino a un massimo di 4 denti l'anno.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici prima e dopo l'effettuazione della prestazione.

- avulsioni di dente del giudizio non tollerato;
- avulsioni semplici;
- avulsione complesse.

La garanzia è operante nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

9. CURE CONSERVATIVE

Anche in deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per le cure odontoiatriche conservative (es: otturazioni, devitalizzazioni, ricostruzioni eccetera).

La garanzia è operante nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 250,00 per persona.

PREVENZIONE

Per usufruire dei Pacchetti di Prevenzione gratuita:

- l'Assicurato deve utilizzare le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute;
- non è richiesta prescrizione medica, salvo quanto espressamente previsto nella "Prevenzione oncologica femminile".

Dal 01/01/2022 ogni pacchetto prevenzione è composto da gruppi di prestazioni (Sottopacchetti) che:

- possono essere fruiti dall'Assicurato anche parzialmente, nella stessa struttura sanitaria o in più strutture, nella stessa provincia o in province diverse
- devono essere prenotati in struttura convenzionata e autorizzati da UniSalute; è possibile rivolgersi alle strutture sanitarie non convenzionate, previa autorizzazione tramite Centrale operativa di UniSalute e fino alla concorrenza del massimale, solo se non sono presenti strutture convenzionate entro un raggio di 30 km dalla residenza e/o domicilio dell'Assicurato.

Il pacchetto prevenzione medico guidata può essere effettuato una volta ogni due anni; quelli di prevenzione specialistica specifica una volta l'anno.

10. PREVENZIONE MEDICO GUIDATA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta ogni due anni** previa **prenotazione e autorizzazione presso le strutture convenzionate**.

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, fermo che esse **sono facoltative** e non obbligano l'Assicurato né alcuna conseguenza potrà derivare dalla loro mancata esecuzione, anche parziale.

Sottopacchetti/Accertamenti previsti:

- **Prevenzione internistica:** Visita medico-internistica;
- **Prevenzione patologie della tiroide:** TSH reflex;
- **Esami ematici ed esami urine:** Glicemia, PCR, Colesterolo totale, LDL e HDL, Trigliceridi, Azotemia, Creatinina, Uricemia, AST, ALT, Gamma GT, Emocromo, Sodio, Potassio, Calcio, Fosforo, Magnesio, Esame urine.

Ogni pacchetto personalizzato sarà fruibile presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute senza franchigie o scoperti entro il massimale di € 300,00.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate, entro un raggio di 30 km dalla residenza e/o domicilio dell'Assicurato, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di **€ 300,00**.

11. PREVENZIONE SPECIALISTICA SPECIFICA

Per usufruire dei Pacchetti di Prevenzione gratuita:

- l'Assicurato deve utilizzare le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute;
- non è richiesta prescrizione medica, salvo quanto espressamente previsto nella "Prevenzione oncologica femminile".

Dal 01/01/2022 ogni pacchetto prevenzione è composto da gruppi di prestazioni (Sottopacchetti) che:

- possono essere fruiti dall'Assicurato anche parzialmente, nella stessa struttura sanitaria o in più strutture, nella stessa provincia o in province diverse
- devono essere prenotati in struttura convenzionata e autorizzati da UniSalute; è possibile rivolgersi alle strutture sanitarie non convenzionate, previa autorizzazione tramite Centrale operativa di UniSalute e fino alla concorrenza del massimale, solo se non sono presenti strutture convenzionate entro un raggio di 30 km dalla residenza e/o domicilio dell'Assicurato.

Il pacchetto prevenzione medico guidata può essere effettuato una volta ogni due anni; quelli di prevenzione specialistica specifica una volta l'anno.

11.1 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Sottopacchetti/Accertamenti previsti:

- **Esami ematici e prevenzione cardiovascolare:** Visita specialistica cardiologica e diagnostica ematochimica caratterizzata da Esame emocromocitometrico, Ves, Glicemia, Azotemia, Creatininemia, Colesterolo totale e Hdl, Trigliceridi, Omocisteina ed Ecg basale;
- **Prevenzione cardiovascolare specifica:** Ecg da sforzo.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate, entro un raggio di 30 km dalla residenza e/o domicilio dell'Assicurato, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di **€ 170,00**.

11.2 PREVENZIONE ONCOLOGICA

Prevenzione oncologica DONNA

Sottopacchetti/Accertamenti previsti:

- **Esami ematici (diagnostica ematochimica) ed esami urine:** Esame emocromocitometrico, Ves, Ca 125, esame urine;
- **Prevenzione ginecologica:** Visita ginecologica, pap test;
- **Prevenzione ginecologica specifica:** Ecografia dell'apparato genitale femminile per via transvaginale
- **Prevenzione senologica:** Visita senologica;
- **Prevenzione senologica > o = 40 anni:** Esame mammografico bilaterale (solo con prescrizione medica).

Prevenzione oncologica UOMO

Sottopacchetti/Accertamenti previsti:

- **Esami ematici (diagnostica ematochimica) ed esami urine:** Esame emocromocitometrico, Ves, esame urine e Dosaggio Psa (solo con età > 40 anni);
- **Prevenzione oncologica specifica:** Visita specialistica urologica ed Ecografia prostatico vescicale transrettale.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate, entro un raggio di 30 km dalla residenza e/o domicilio dell'Assicurato, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 140,00.

11.3 PREVENZIONE DERMATOLOGICA

Sottopacchetti/Accertamenti previsti:

- **Prevenzione dermatologica:** Visita specialistica dermatologica;
- **Prevenzione dermatologica specifica:** Mappatura dei nei in epiluminescenza.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate, entro un raggio di 30 km dalla residenza e/o domicilio dell'Assicurato, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 100,00.

11.4 PREVENZIONE OCULISTICA

Sottopacchetti/Accertamenti previsti:

- **Prevenzione oculistica:** Visita specialistica oculistica;
- **Prevenzione oculistica specifica:** fotografia fundus oculi, campimetria, tonometria con rilascio di certificazione.

Nel solo caso in cui non siano presenti strutture convenzionate, entro un raggio di 30 km dalla residenza e/o domicilio dell'Assicurato, lo stesso potrà avvalersi di strutture non convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro il massimale di € 80,00.

ASSISTENZA ALLA NON AUTOSUFFICIENZA

12. ASSISTENZA ALLA NON AUTOSUFFICIENZA (PRESTAZIONI DOMICILIARI PER CASI DI IMPOSSIBILITÀ ALLA DEAMBULAZIONE AUTONOMA)

In caso di non autosufficienza intervenuta durante l'operatività del contratto di Assicurazione, la Società garantisce i servizi di assistenza grazie alla figura di un case manager, infermiere specializzato nella gestione della non autosufficienza.

I servizi sanitari di cui necessita la persona non autosufficiente possono essere erogati in forma diretta da strutture convenzionate con UniSalute oppure può essere richiesto il rimborso.

La Società liquida le spese per prestazioni domiciliari in casi di impossibilità alla deambulazione autonoma.

Sono esclusi i casi di non deambulazione dovuti a una delle seguenti patologie: ictus; sclerosi multipla; paralisi; trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo spinale o pancreas; fibrosi cistica; ischemia delle arterie vertebrali.

Tale impossibilità alla deambulazione dovrà essere certificata da struttura pubblica. Saranno rimborsate, per un periodo non superiore a **12 mesi**, tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche a domicilio del paziente. Il rimborso sarà dovuto su presentazione di fatture e/o ticket che specificano le prestazioni professionali eseguite con allegata la prescrizione del medico curante.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Le spese vengono liquidate entro la somma garantita di € 500,00 al mese per un massimo di 12 mesi una tantum per l'intera durata contrattuale.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

13. SERVIZIO MONITOR SALUTE

13.1 SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

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 Assicurati con età maggiore o uguale a 40 anni.

Per attivare il Servizio, l'Assicurato dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Assicurato seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali; sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Assicurato al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Assicurato.

Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Assicurato, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Assicurato 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 UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nell'Art. 16.2 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800-169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800-244262.

La presente garanzia è prestata per l'intera durata contrattuale sempre che l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

13.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Assicurati che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nell'Art. 16.1 "Servizio Monitor Salute", la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per patologia.

14. *...omissis...*

15. *...omissis...*

16. *...omissis...*

17. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della rete, di apposita comunicazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

18. *...omissis...*

19. DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'assicurazione ha effetto dal 01/01/2022 *...omissis...*

6. UniSalute: CONDIZIONI GENERALI, LIMITAZIONI, SINISTRI

Estratto dalle CdA SAN.ARTI. – UniSalute

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 – A.14 ...omissis...

A.15 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 http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm 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.

A.16 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, mentre le spese del terzo Arbitro verranno remunerate dalla Parte soccombente.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto al punto 3.5 "Neonati".
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti 4 "Alta specializzazione", 9 "Prestazioni odontoiatriche particolari", 10 "Implantologia", 11 "Avulsione fino a un massimo di 4 denti" e 12 "Cure conservative";
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, salvo quanto previsto al punto 4 "Alta Specializzazione" – terapie: chemioterapia – radioterapia - dialisi".
6. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza salvo quanto previsto ai punti 3.3 "Ricoveri in lungodegenza" e 15 "Assistenza alla non autosufficienza";

8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo salvo quanto indennizzabile a termini di polizza;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
12. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
13. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
16. le conseguenze dirette o indirette di pandemie, fatto salvo quanto previsto alla specifica sezione "Prestazioni per Covid-19 (Coronavirus – Sars-CoV-2)".

Limitatamente alle prestazioni di tipo odontoiatrico l'assicurazione non è operante per:

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

B.3 LIMITI DI ETÀ

...omissis... il limite di età ...omissis... a 75 anni ...omissis...

C – SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni extraricovero sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Prenotazione visite/esami" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti.

In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009603 dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

All'interno dell'Area riservata accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Qualora l'Assicurato utilizzi una **struttura sanitaria convenzionata** con la Società **senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa** le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione (utilizzo di strutture non convenzionate con la Società) e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.

I tempi medi di liquidazione dei sinistri in forma rimborsuale sono inferiori a 20 giorni a partire dalla data di presentazione dei documenti.

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO – Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO**, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;

- in caso di ricovero (*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di polizza al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

C.1.2 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, **le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società", C.1.3 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)" o C.1.4 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)".**

Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, se prevista, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

C.1.3 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

La Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

In caso di ricovero, per permettere alla Compagnia di valutare la copertura, è necessario inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, almeno 5 giorni prima della data prevista per l'evento.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

C.1.4 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

L'Assicurato, o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l'Assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà alla Società:

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all'esame di tale documentazione la Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

La Società provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese restanti a suo carico per prestazioni non completamente

pagate dalla Società, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato, non prese in carico.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi **prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.**

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

C.1.5 ASSISTENZA ALLA NON AUTOSUFFICIENZA (PRESTAZIONI DOMICILIARI PER CASI DI IMPOSSIBILITÀ ALLA DEAMBULAZIONE AUTONOMA)

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve inviare a Unisalute la seguente documentazione:

- certificazione emessa da struttura pubblica indicante la patologia e la relativa impossibilità alla deambulazione. Ad esempio:
 - in caso di ricovero, copia della cartella clinica, completa della lettera di dimissione ospedaliera;
 - eventuale riconoscimento di Invalidità civile, handicap, indennità di accompagnamento;
- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

C.1.6 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – **qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.**

...omissis...

ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Qualsiasi **neoplasia** maligna di organo o apparato. La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da certificazione di importante sospetto diagnostico supportato da idonea documentazione clinica (Citologia, istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc.). La presa in carico, secondo questa metodologia, dà una precisione diagnostica molto elevata ma non totalmente certa. Laddove la diagnosi istologica finale risulti in una situazione di benignità dovrà essere comunque onorata, secondo quanto preso in carico, con la diagnosi iniziale.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Anastomosi entero-esofagee
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- Colectomia con qualsiasi tecnica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Ernia inguinale e femorale - addominale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Fistole entero-enteriche
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di resezione, totale o parziale, dell'esofago
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Intervento per prolasso rettale
- Polipectomia per via laparotomica
- Interventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Intervento chirurgico per enfisema bollosa
- Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)
- Tutti gli interventi in sala emodinamica sul cuore

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti a infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

GINECOLOGIA

- Interventi per endometriosi
- Isterectomia con eventuale microchirurgia e annessiectomia
- Miomectomia
- Sacrocolpessi per via addominale per colpocistorettocele

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi sul plesso brachiale
- Intervento per ernie del disco lombo sacrali
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale

OCULISTICA

- Calazio
- Cataratta e interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- Interventi chirurgici per glaucoma
- Retina, intervento per distacco

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Amputazioni di piccoli, medi e grandi segmenti
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Sostituzione delle protesi
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi per costola cervicale
- Interventi su legamenti, menisco e sinovia del ginocchio in artroscopia
- Meniscectomia in artroscopia
- Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
- Riparazione cuffia dei rotatori e acromionoplastica spalla
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi sul ginocchio in artroscopia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia)
- Corde vocali decorticazione o Cordotomia in microlaringoscopia
- Interventi per poliposi nasale
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Laringectomia parziale
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Svuotamento dell'etmoide
- Turbinati inferiori svuotamento (come unico intervento)

UROLOGIA

- Calcolosi urinaria
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Prostatectomia sottocapsulare
- Surrenalectomia
- Varicocele in microchirurgia.

N.B. Tutti gli interventi possono essere eseguiti con la tecnica migliore di scelta da parte del chirurgo operatore (endoscopia, a cielo aperto, laparoscopia, robotica, etc.).

ALLEGATO B - ELENCO PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE

- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) - Fase di riacutizzazione
- Sindromi influenzali in fase di complicanza e/o di superinfezione batterica dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Infezioni febbrili di qualsiasi organo o apparato che richiedano certezza diagnostica o siano resistenti alle terapie antibiotiche dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Patologie infiammatorie in acuzie dei distretti centrali Cuore e Grandi vasi e periferici venoso ed arterioso ed eventuali complicanze (Embolia Stenosi etc)
- Anemia acuta con Hb <8 gr/dl
- Fasi acute di malattie reumatiche, immunologiche, autoimmuni
- Patologie infiammatorie acute dell'intero distretto addomino pelvico
- Tiroiditi acute con interessamento cardiaco
- Infarto miocardico
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata
- Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure; terapia del dolore e cure palliative terminali
- Diabete scompensato in trattamento insulinico
- Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato.