

## **PIANO SANITARIO VOLONTARI**

# **TITOLARI, SOCI E COLLABORATORI**

*Decorrenza 1° gennaio 2021*

Le Prestazioni del Piano sanitario sono erogate:

- direttamente da SAN.ARTI. in Autogestione
- da UniSalute per conto di SAN.ARTI.

Il Piano sanitario è composto quindi da due Nomenclatori:

- A. Prestazioni in Autogestione erogate direttamente da SAN.ARTI.
- B. Prestazioni erogate da UniSalute per conto di SAN.ARTI.

*Inoltre nel Piano sanitario dei Dipendenti e in quello dei Titolari, Soci e Collaboratori sono inserite gratuitamente le seguenti Prestazioni integrative dedicate ai Figli minorenni, da 0 a 18 anni di età:*

A+. Prestazioni integrative per Figli minorenni in Autogestione - erogate direttamente da SAN.ARTI.

## **Indice**

<b>A. PRESTAZIONI IN <b>AUTOGESTIONE</b> EROGATE DIRETTAMENTE DA SAN.ARTI.....</b>	<b>3</b>
TICKETS PER VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO .....	3
ALTA SPECIALIZZAZIONE.....	3
VISITE SPECIALISTICHE, PSICOTERAPIA E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	5
PACCHETTO MATERNITÀ.....	6
INDENNITÀ DI MATERNITÀ.....	7
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI .....	7
PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA .....	8
PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE .....	8
PREVENZIONE ONCOLOGICA FEMMINILE E MASCHILE.....	8
GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O DA GRAVI MALATTIE .....	9
<b>A +. PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER FIGLI MINORENNI IN <b>AUTOGESTIONE</b> -EROGATE DIRETTAMENTE DA SAN.ARTI. ....</b>	<b>10</b>
1. Visita specialistica oculistica.....	10
2. Lenti graduate correttive.....	10
3. Visita specialistica ortopedica .....	11
4. Plantari ortopedici e altri ausili/protesi.....	11
5. Indagini genetiche – esami di laboratorio genetico-molecolare.....	12
6. Assistenza per la non autosufficienza .....	13
7. Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e pronto soccorso .....	14
<b>SERVIZI SAN.ARTI. – PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE.....</b>	<b>14</b>
<b>COME RICHIEDERE IL RIMBORSO DIRETTAMENTE A SAN.ARTI. (AUTOGESTIONE).....</b>	<b>15</b>
<b>B.PRESTAZIONI EROGATE DA <b>UNISALUTE</b> PER CONTO DI SAN.ARTI. ....</b>	<b>16</b>
AREA RICOVERO .....	16
ODONTOIATRIA .....	18
PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE.....	19
<b>SERVIZI UNISALUTE .....</b>	<b>19</b>
<b>COME RICHIEDERE LE PRESTAZIONI A UNISALUTE PER CONTO DI SAN.ARTI. ....</b>	<b>19</b>
<b>ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI.....</b>	<b>21</b>
<b>ALLEGATO B - ELENCO PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE .....</b>	<b>22</b>

## **A. PRESTAZIONI IN **AUTOGESTIONE** EROGATE DIRETTAMENTE DA SAN.ARTI.**

### **TICKETS PER VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO**

Prestazione di tipo rimborsuale.

Massimale annuo € 600.

Sono ammessi al rimborso tutti i Tickets emessi dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Documentazione richiesta:

- copia del documento di spesa, cioè la fattura attestante il Ticket sanitario rilasciato dal SSN, a decorrere dal 1° gennaio 2021.

La fattura deve indicare nome e cognome, codice fiscale, la ragione sociale della struttura sanitaria dove è stata effettuata la prestazione e l'importo pagato. Deve inoltre essere riconoscibile il tipo di prestazione.

Sono ammesse al rimborso le fatture di Tickets sanitari aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

### **ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Prestazione di tipo rimborsuale presso qualsiasi struttura privata per le prestazioni comprese in elenco.

Massimale annuo € 8.000, sottomassimale per le prestazioni di endoscopia operativa € 2.000.

Viene applicato uno scoperto del 25% con un minimo non indennizzabile di € 20.

#### **Elenco Prestazioni di alta specializzazione ammesse al rimborso:**

##### **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
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

### **Varie**

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico

– Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

#### **Terapie**

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Documenti richiesti:

- prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione.
- Copia del documento di spesa attestante la prestazione con data successiva al 1° gennaio 2021.

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

#### **VISITE SPECIALISTICHE, PSICOTERAPIA E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

Prestazione di tipo rimborsuale presso qualsiasi struttura privata per tutte le visite specialistiche e per gli Accertamenti diagnostici non compresi nell'elenco "Prestazioni di alta specializzazione", con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Massimale complessivo annuo € **1.200**, sottomassimale per gli Accertamenti diagnostici € **1.000** e sottomassimale per la Psicoterapia € **500**.

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

**Visite specialistiche:** viene applicato uno scoperto del 25% con massimo indennizzabile di € 70.

Documenti richiesti:

- prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica
- Copia del documento di spesa attestante la prestazione con data successiva al 1° gennaio 2021.

**Accertamenti diagnostici:** viene applicato uno scoperto del 25% con un minimo non indennizzabile di € 30 per ogni accertamento diagnostico non compreso nell'elenco "Prestazioni di alta specializzazione" - sottomassimale € 1.000.

Documenti richiesti:

- prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessario l'accertamento diagnostico
- Copia del documento di spesa attestante la prestazione con data successiva al 1° gennaio 2021.

**Psicoterapia:** viene applicato uno scoperto del 25% - sottomassimale € 500.

Prestazione di tipo rimborsuale di un ciclo di sedute effettuato esclusivamente da psicoterapeuti abilitati iscritti all'Albo.

Documenti richiesti:

- certificazione del medico specialista psichiatra che abbia accertato la sussistenza di una delle seguenti patologie per cui la garanzia è valida:
  - depressione;

- disturbi maniacali;
  - fobie;
  - disturbi ossessivi;
  - disturbi del comportamento alimentare;
  - comportamenti compulsivi;
  - abuso di sostanze;
  - gioco compulsivo.
- Copia della fattura del ciclo di sedute di psicoterapia per la patologia accertata
  - Certificato di iscrizione dello psicoterapeuta all'Albo degli psicoterapeuti.

La richiesta di rimborso deve essere presentata in un'unica soluzione alla fine del ciclo di sedute, nei limiti del sottomassimale annuo.

## **PACCHETTO MATERNITÀ**

Destinatario: Titolari, Socie e Collaboratrici di Impresa artigiana.

Prestazione di tipo rimborsuale a evento avvenuto (nascita, aborto) in un'unica soluzione.

Massimale € 1.300 per evento (nascita, aborto).

Rimborso integrale dei Tickets del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Rimborso delle fatture emesse da strutture private nei limiti previsti.

Prestazioni ammesse al rimborso:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico, che diventano 6 in caso di gravidanza a rischio certificata
- ecografie, morfologica e 3D comprese
- analisi clinico chimiche inerenti alla gravidanza, come ad es. emocromo, glicemia, Bi-test ecc.
- amniocentesi e villocentesi dopo i 35 anni; prima dei 35 anni solo in caso di malformazioni ereditarie o patologie sospette opportunamente certificate
- diaria o indennità di parto in caso di ricovero con pernottamento, con un sottomassimale di 80 € per un massimo di 5 giorni
- diaria o indennità in caso di parto in casa, con un sottomassimale di 80 € per un massimo di 2 giorni
- indennità per ricovero con pernottamento anche in caso di aborto terapeutico o spontaneo con un sottomassimale di 80 € per un massimo di 5 giorni.

Documentazione richiesta - da presentare solo a evento avvenuto:

- certificato di gravidanza o di gravidanza a rischio
- Copia dei documenti di spesa – fatture o ricevute - inerenti alla maternità
- La lettera di dimissioni della Struttura sanitaria dove si è verificato l'evento: la nascita o l'aborto, oppure la cartella ostetrica del parto in casa.

La richiesta di rimborso per il Pacchetto Maternità va presentata in un'unica soluzione a evento avvenuto (nascita o aborto).

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa con data decorrente dal 1° gennaio 2021 e entro un anno dalla loro emissione purché l'Iscritta in quella data sia regolarmente in copertura; se l'Iscritta richiede la diaria o l'indennità deve essere in copertura alla data dell'evento.

## INDENNITÀ DI MATERNITÀ

Destinatari: Titolari, Socie e Collaboratrici di Impresa artigiana iscritte.

Prestazione di tipo rimborsuale.

Garanzia valida superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa.

Massimale € 5.000 per gravidanza.

L'Indennità di Maternità viene erogata mensilmente con un sottomassimale di € 1.000 per ogni mese dell'epoca gestazionale dal terzo al settimo, per un massimo di 5 mesi.

Documentazione richiesta da presentare al terzo mese:

- certificato del ginecologo con l'indicazione dell'epoca gestazionale
- ecografia ostetrica con referto indicante anche la datazione della gravidanza.

Documentazione richiesta mensilmente dal quarto al settimo mese:

- certificato del ginecologo con l'indicazione dell'epoca gestazionale.

La richiesta di indennità va presentata mensilmente a partire dal terzo mese e comunque entro sei mesi dal termine del mese di gravidanza per cui si chiede il rimborso. Esempio: se il mese gestazionale termina il 3 marzo, l'Iscritta deve presentare la richiesta di indennità entro il 2 settembre; se termina il 26 novembre, entro il 25 maggio.

Le richieste di indennità sono ammesse dal termine del primo trimestre gestazionale con data dal 1° gennaio 2021 purché l'Iscritta in quella data sia regolarmente in copertura e abbia superato l'anno di carenza.

## TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Prestazione di tipo rimborsuale.

Massimale € 350 all'anno.

Rimborso integrale dei Tickets del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Rimborso delle fatture emesse da strutture private nei limiti indicati.

Prestazioni rimborsabili:

- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante.

Documentazione richiesta per l'ammissione al rimborso:

- in caso di **Infortunio** – certificato di Pronto soccorso
- in caso di **Patologia**, prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente a una delle seguenti patologie per le quali la garanzia è valida:
  - 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 lavorativa
  - Fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti
  - Ictus cerebrale

- Interventi chirurgici cruenti e demolitivi
- Protesizzazione degli arti
- documento di spesa rilasciato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione

La richiesta di rimborso deve essere presentata in un'unica soluzione dopo aver completato il ciclo di trattamenti fisioterapici.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

## **PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA**

Prestazione rimborsuale su fattura di qualsiasi struttura privata a scelta, senza prescrizione medica e senza l'applicazione di franchigia o scoperto, con i limiti previsti.

L'iscritta/o può effettuare in tutto o in parte le prestazioni previste, purché in un'unica soluzione e una volta l'anno. Si può presentare un'unica domanda di rimborso all'anno per ogni pacchetto di prevenzione, cardiovascolare e oncologico.

### **PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**

Età minima 40 anni - da effettuarsi in un'unica soluzione una volta l'anno.

Massimale **€ 150.**

Prestazioni ammesse al rimborso:

- diagnostica ematochimica caratterizzata da: esame emocromocitometrico, VES, glicemia, azotemia, creatinemia, colesterolo totale e Hdl, trigliceridi, omocisteina;
- indagini specifiche: visita specialistica cardiologica, ECG basale e da sforzo.

### **PREVENZIONE ONCOLOGICA FEMMINILE E MASCHILE**

#### **Prevenzione delle patologie oncologiche femminili**

Per donne di età superiore a 40 anni - da effettuarsi in un'unica soluzione una volta l'anno.

Massimale **€ 200.**

Prestazioni ammesse al rimborso:

- diagnostica ematochimica caratterizzata da: esame emocromocitometrico, VES, Ca 125, esame urine;
- indagini specifiche: visita ginecologica e senologica (Unico specialista), pap test, esame mammografico con prescrizione medica, ecografia dell'apparato genitale femminile per via transvaginale.

#### **Prevenzione delle patologie oncologiche maschili**

Per uomini di età superiore a 45 anni - da effettuarsi in un'unica soluzione una volta l'anno.

Massimale **€ 160.**

Prestazioni ammesse al rimborso:

- diagnostica ematochimica basata su: esame emocromocitometrico, VES, esame urine;
- indagini specifiche: visita specialistica urologica, ecografia prostatico vescicale transrettale, dosaggio Psa.

## **GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O DA GRAVI MALATTIE**

Prestazione rimborsuale di Fatture del SSN o di privati autorizzati per spese sanitarie e/o erogazione di servizi di assistenza, come ad es. badanti e infermieri.

Massimale **10.000 €** a persona una tantum.

Garanzia valida superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa.

La grave inabilità deve essere causata da:

- infortunio sul lavoro con invalidità permanente superiore al 50% come conseguenza diretta dell'infortunio, secondo la tabella di riferimento Inail

oppure da una delle seguenti gravi malattie:

- Ictus
- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo spinale o pancreas
- Fibrosi cistica
- Ischemia delle arterie vertebrali.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

\*\*\*\*\*

*Nei Piani sanitari dei Dipendenti e dei Titolari, Soci e Collaboratori è prevista l'estensione gratuita di alcune prestazioni integrative riservate ai figli minorenni erogate in Autogestione direttamente da SAN.ARTI.*

\*\*\*\*\*

## **A +. PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER FIGLI MINORENNI IN **AUTOGESTIONE** - EROGATE DIRETTAMENTE DA SAN.ARTI.**

### **1. Visita specialistica oculistica**

Prestazione rimborsuale una volta l'anno presso qualsiasi struttura privata.

Massimale annuo **€ 70**.

Viene applicato uno scoperto del 25% con un massimo indennizzabile di € 70.

Documentazione richiesta:

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica oculistica
- Documento di spesa/fattura del medico specialista oculista

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

### **2. Lenti graduate correttive**

Prestazione rimborsuale su documento di spesa, fattura o scontrino parlante, per qualsiasi tipo di lenti correttive graduate della vista:

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

Massimale **€ 200** ogni 24 mesi su singolo documento di spesa, con una **franchigia di € 50**.

Documentazione richiesta:

- La prima volta che si richiede il rimborso allegare la prescrizione del medico oculista con indicazione del visus, cioè delle diottrie sferiche e/o cilindriche con il sistema TABO. Non allegare, alla prima richiesta, la certificazione dell'ottico o dell'ortottico.
- Dalla seconda richiesta di rimborso in poi si può scegliere se allegare la prescrizione dell'oculista o la certificazione dell'ottico optometrista, indicando la variazione del visus dalla prima richiesta, cioè la variazione delle diottrie sferiche e/o cilindriche.
- La prescrizione del medico oculista o la certificazione dell'ottico deve essere firmata dal professionista e deve contenere nome e cognome, visus con sistema TABO e data leggibili.
- La prescrizione dell'oculista o la certificazione dell'ottico è valida se è stata rilasciata fino a 12 mesi antecedenti la data della fattura o dello scontrino parlante.
- Nella richiesta di rimborso allegare il documento di spesa rilasciato in Italia, fattura o scontrino parlante, sia per gli occhiali da vista con lenti graduate che per le lenti graduate a contatto, che contenga le seguenti informazioni:
  - il Codice Fiscale del Figlio minorenne

- il dettaglio dell'acquisto con i relativi importi, cioè lenti graduate correttive, montatura, lavorazione, altro.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

### **3. Visita specialistica ortopedica**

Prestazione rimborsuale una volta l'anno presso qualsiasi struttura privata.

Massimale annuo **€ 70**.

Viene applicato uno scoperto del 25% con un massimo indennizzabile di € 70.

Documentazione richiesta:

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica ortopedica
- Documento di spesa/fattura del medico specialista ortopedico

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

### **4. Plantari ortopedici e altri ausili/protesi**

Prestazione rimborsuale su fattura emessa da fornitore autorizzato.

Massimale annuo **€ 100**.

I plantari, gli ausili e le protesi devono essere richiesti dal medico specialista del campo, ad esempio i plantari dallo specialista ortopedico del piede; per tutti la prescrizione medica deve contenere il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Elenco delle prestazioni ammesse al rimborso:

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

Documentazione richiesta:

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione
- Documento di spesa – fattura del fornitore autorizzato

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

## 5. Indagini genetiche – esami di laboratorio genetico-molecolare

Prestazione rimborsuale.

Massimale annuo: € 500.

Rimborso integrale dei Tickets del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Nel caso di rimborso di fatture emesse da strutture private viene applicato uno scoperto del 25%.

Documentazione richiesta:

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessario l'esame
- Documento di spesa dove sia riconoscibile la prestazione
- Referto o esame della malformazione come da tabella seguente

### TIPO MALFORMAZIONE

### DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL RIMBORSO

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)

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 FAMIGLIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia

ATASSIA DI FRIEDREICH

referto specialistico e/o elettromiografia precedentemente effettuata e/o documentazione clinica di FAMIGLIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia

ATASSIA-TELEANGECTASIA (AT)

referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di FAMIGLIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia

DISTONIA PRIMARIA O IDIOPATICA

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 FAMIGLIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia

DISTROFIA MUSCOLARE

referto specialistico e/o di referto accertamento effettuato in precedenza

EMOCROMATOSI

Esame di laboratorio precedente e/o prescrizione con patologia

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 FAMIGLIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia

DEFICIT DI ACIL -CoA DEIDRONENASI (MCDA DEFICIT)

referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza

SORDITA' CONGENITA

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

X FRAGILE

referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza

FATTORE VIII PER L'EMOFILIA

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
FIBROSI CISTICA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
CROMATINA SESSUALE	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
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
MICRODELEZIONE DEL CROMOSOMA Y	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

## 6. Assistenza per la non autosufficienza

### a. Assistenza per figlio minorenni con connotazione di gravità

Prestazione rimborsuale per l'assistenza e la cura di figlio minorenni non autosufficiente 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.

Massimale annuo **€ 2.400.**

Prestazioni ammesse al rimborso:

- strumenti e/o prestazioni di assistenza specifica alla persona: carrozzina, badante, infermiere;
- prestazioni mediche e/o presidi acquistati su prescrizione del medico curante: visite, analisi, terapie di supporto (logopedista, pet-therapy) con esclusione delle spese odontoiatriche.

Documentazione richiesta:

- copia del verbale rilasciato dalla ASL di appartenenza ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 3 ("grave condizione di non autosufficienza")
- copia dei documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, tickets) riferiti alle spese di assistenza sostenute per il figlio non autosufficiente
- copia della prescrizione del medico curante per le prestazioni mediche e i presidi sanitari.

### b. Assistenza per figlio minorenni senza connotazione di gravità

Prestazione rimborsuale per l'assistenza e la cura di figlio minorenni non autosufficiente senza connotazione di gravità che necessita di assistenza ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 1.

Rimborso del **50% delle spese sostenute, dal compimento del 3° anno di età fino al compimento del 18° anno di età**, per l'assistenza e la cura della/del figlia/o che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di

difficoltà di apprendimento, di relazione e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

**Massimale annuo € 600.**

Prestazioni ammesse al rimborso:

- prestazioni mediche e/o presidi acquistati su prescrizione del medico curante: visite, analisi, terapie di supporto (logopedista, pet-therapy) con esclusione delle spese odontoiatriche.

Documentazione richiesta:

- copia del verbale ASL validato dal Centro Medico Legale (CML) dell'Inps di appartenenza ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 1.
- copia dei documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, tickets) riferiti alle spese di assistenza sostenute per il figlio non autosufficiente
- copia della prescrizione del medico curante per le prestazioni mediche e i presidi sanitari.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

## 7. Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Prestazione di tipo rimborsuale.

**Massimale annuo € 600.**

Sono ammessi al rimborso tutti i Tickets emessi dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Documentazione richiesta:

- copia del documento di spesa, cioè la fattura attestante il Ticket sanitario rilasciato dal SSN, a decorrere dal 1° gennaio 2021.

La fattura deve indicare nome e cognome, codice fiscale, la ragione sociale della struttura sanitaria dove è stata effettuata la prestazione e l'importo pagato. Deve inoltre essere riconoscibile il tipo di prestazione.

Sono ammesse al rimborso le fatture di Tickets sanitari aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

\*\*\*\*\*

## SERVIZI SAN.ARTI. – PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE

L'Ufficio Prestazioni in Autogestione di SAN.ARTI. offre un servizio di assistenza:

- dà informazioni sulle prestazioni del proprio Piano sanitario
- fornisce indicazioni sulle procedure per richiedere i rimborsi
- identifica le problematiche legate alla copertura sanitaria dell'Iscritta/o
- risolve eventuali anomalie o problemi relativi alle prestazioni del proprio Piano sanitario
- valuta e lavora le pratiche di richiesta di rimborso presentate
- in caso di approvazione, attiva le procedure per il pagamento

- risolve le problematiche relative al pagamento delle prestazioni
- verifica, su richiesta, i rimborsi respinti.

Per info inviare un'e-mail a [autogestione@sanarti.it](mailto:autogestione@sanarti.it)

oppure telefonare al n° **06.87678095**, attivo dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 12:30 e seguire le istruzioni della fonia per parlare con l'Ufficio Autogestione: Prestazioni/Prestazioni in Autogestione.

## **COME RICHIEDERE IL RIMBORSO DIRETTAMENTE A SAN.ARTI. (AUTOGESTIONE)**

***Procedura comune a tutte le Prestazioni in autogestione rimborsate direttamente da SAN.ARTI.***

Se l'Iscritta/o ha effettuato una delle Prestazioni in Autogestione rimborsate direttamente da SAN.ARTI., può inoltrare al Fondo la richiesta di rimborso, allegando la relativa documentazione, scegliendo una delle seguenti modalità.

1. **Procedura on-line.** Collegarsi al sito [www.sanarti.it](http://www.sanarti.it); entrare nella propria Area riservata con le proprie credenziali, username e password, cliccare su Prenotazioni/Rimborsi, poi su **Pratiche SAN.ARTI.** e completare la procedura; si può seguire l'iter della lavorazione della pratica dalla propria Area riservata.

### **2. Sportelli territoriali SAN.ARTI.**

L'Iscritta/o può rivolgersi direttamente a uno degli sportelli territoriali SAN.ARTI., dove un operatore effettuerà la richiesta di rimborso per lei/lui. Il servizio è gratuito.

Per individuare lo sportello più comodo o più vicino collegarsi al sito [www.sanarti.it](http://www.sanarti.it) e sulla Home page cercare Sportelli territoriali/Ricerca sportelli.

- Non sono ammesse richieste inoltrate per e-mail.
- Controllare che la propria domanda di rimborso contenga tutta la documentazione e le informazioni richieste.
- Per ottenere il bonifico occorre indicare l'IBAN.
- Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa (ad esempio fatture, scontrini parlanti) entro un anno dalla loro emissione purché in quella data l'Iscritta/o sia regolarmente in copertura.
- I documenti di spesa devono contenere il dettaglio delle prestazioni effettuate.
- Non sono rimborsabili le marche da bollo.
- SAN.ARTI. potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale o ulteriore documentazione oltre a quella già inviata.
- Tutte le prestazioni rimborsate direttamente da SAN.ARTI. in Autogestione devono essere state effettuate in Italia.

## B.PRESTAZIONI EROGATE DA UNISALUTE PER CONTO DI SAN.ARTI.

### AREA RICOVERO

presso Strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute o presso il SSN.

**Massimale annuo € 120.000.**

### RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO

tra quelli compresi nell'elenco dell'Allegato A

Il ricovero chirurgico viene considerato fino a 25 giorni di pernottamento come fase di acuzie, dal 26° al 100° giorno come ricovero in lungodegenza.

**Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero chirurgico in Strutture convenzionate** previa autorizzazione di UniSalute:

- **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
- **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
- **Assistenza medica, medicinali, cure** - Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero
- **Rette di degenza** – escluse le spese voluttuarie
- **Accompagnatore** - Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura *non convenzionato*, sottomassimale 75€/25gg.
- **Assistenza infermieristica privata individuale** - Sottomassimale 80€/25gg
- **Post ricovero** - Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime certificate al momento delle dimissioni), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse 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.
- **Trasporto sanitario** - Sottomassimale 1.500 € per ricovero - rimborso delle spese di trasporto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo/elicottero sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura a un altro e di rientro alla propria abitazione.
- **Intervento chirurgico ambulatoriale o day-surgery** presente nell'elenco dell'Allegato A.

**Provincia priva di Strutture convenzionate.** Solo nel caso in cui non siano presenti strutture convenzionate nella provincia di residenza/domicilio dell'Iscriita/o, per il ricovero chirurgico tra quelli presenti nell'elenco dell'Allegato A, l'Iscriita/o può rivolgersi a una Struttura privata non convenzionata. SAN.ARTI. tramite UniSalute rimborsa le spese fino a un massimo di 12.000 € per ogni ricovero, con le seguenti modalità:

- resta a carico dell'Iscritta/o il 20% del costo totale del ricovero chirurgico, ovvero lo scoperto, per costi superiori al minimo non indennizzabile di 2.000 €.

Rientrano in copertura, anche nel caso in cui il ricovero non superi il costo minimo non indennizzabile e ognuna con limiti propri, anche le seguenti voci:

- **Pre-ricovero**
- **Accompagnatore** - sottomassimale 75€/25gg
- **Assistenza infermieristica privata individuale** - sottomassimale 80€/25gg.

#### **Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero chirurgico in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale – SSN:**

- indennità sostitutiva o diaria, anche nel caso di day-surgery e per tutti gli interventi di trapianto d'organo effettuati presso il SSN
- sottomassimale 100 € al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 25 giorni per ricovero; 130 € per ogni giorno di ricovero con pernottamento a partire dal 26° giorno fino al 100° giorno di ricovero in lungodegenza.
- inoltre, se durante il ricovero vengono sostenute delle spese per il pernottamento in una camera singola a pagamento o per tickets sanitari, SAN.ARTI. tramite UniSalute rimborsa integralmente quanto anticipato.

#### **RICOVERO MEDICO IN ISTITUTO DI CURA PER PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE**

tra quelle comprese nell'elenco dell'Allegato B

**Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero medico in Strutture convenzionate** previa autorizzazione di UniSalute:

- **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
- **Assistenza medica, medicinali, cure** - Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero
- **Rette di degenza** – escluse le spese voluttuarie
- **Accompagnatore** - Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel solo caso di ricovero in Istituto di cura *non convenzionato*, sottomassimale 75€/25gg.
- **Assistenza infermieristica privata individuale** - Sottomassimale 80€/25gg
- **Post ricovero** - Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime certificate al momento delle dimissioni), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse 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.
- **Trasporto sanitario** - Sottomassimale 1.500 € per ricovero - rimborso delle spese di trasporto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo/elicottero sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura a un altro e di rientro alla propria abitazione.
- Ricovero in Day Hospital per patologia presente nell'elenco dell'Allegato B

**Provincia priva di Strutture convenzionate.** Solo nel caso in cui non siano presenti strutture convenzionate nella provincia di residenza/domicilio dell'Iscritta/o, per il ricovero medico tra quelli presenti nell'elenco dell'Allegato A, l'Iscritta/o può rivolgersi a una Struttura privata non convenzionata.

SAN.ARTI. tramite UniSalute rimborsa le spese fino a un massimo di 12.000 € per ogni ricovero, con le seguenti modalità:

- resta a carico dell'Iscritta/o il 20% del costo totale del ricovero medico, ovvero lo scoperto, per costi superiori al minimo non indennizzabile di 2.000 €.

Rientrano in copertura, anche nel caso in cui il ricovero non superi il costo minimo non indennizzabile e ognuna con limiti propri, anche le seguenti voci:

- **Pre-ricovero**
- **Accompagnatore** - sottomassimale 75€/25gg.
- **Assistenza infermieristica privata individuale** - sottomassimale 80€/25gg.

#### **Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero medico in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale – SSN:**

- indennità sostitutiva o diaria
- sottomassimale 40 € al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 25 giorni per ricovero
- inoltre, se durante il ricovero vengono sostenute delle spese per il pernottamento in una camera singola a pagamento o per tickets sanitari, SAN.ARTI. tramite UniSalute rimborsa integralmente quanto anticipato.

#### **NEONATI**

Interventi per malformazioni congenite nei primi tre anni di vita del bambino.

SAN.ARTI. si fa carico di pagare le spese per interventi effettuati nei primi tre anni di vita del bambino per la correzione di malformazioni congenite diagnosticate nel primo anno di vita.

SAN.ARTI., oltre agli interventi, provvede al pagamento delle visite, degli accertamenti diagnostici pre e post intervento, del vitto e del pernottamento di un accompagnatore nell'Istituto di cura o in albergo per il periodo del ricovero.

**Massimale annuo € 25.000,00 per neonato.**

#### **ODONTOIATRIA**

- **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI** – presso Strutture e dentisti convenzionati previa autorizzazione di UniSalute  
visita specialistica e ablazione: 1 visita l'anno
- **IMPLANTOLOGIA** – Garanzia valida superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa - presso Strutture e dentisti convenzionati previa autorizzazione di UniSalute.

**Massimale annuo € 3.200**, sublimite di € 800 per ogni impianto fino a un massimo di 4 impianti l'anno.

- **AVULSIONI** - Garanzia valida superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa - presso Strutture e dentisti convenzionati previa autorizzazione di UniSalute. Garanzia valida se propedeutica a implantologia o per dente del giudizio - massimo n°4 denti l'anno

## **PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE**

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'Isritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di una autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

## **SERVIZI UNISALUTE**

Servizi di consulenza forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009603** dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

Servizi di consulenza garantiti da UniSalute tramite la Centrale Operativa:

a) Informazioni sanitarie telefoniche

- strutture sanitarie pubbliche e private: indirizzi, e specializzazioni e personale medico convenzionato a disposizione
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.)
- lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie presso le Strutture convenzionate o conferma di appuntamenti già presi autonomamente

c) Pareri medici immediati.

## **COME RICHIEDERE LE PRESTAZIONI A UNISALUTE PER CONTO DI SAN.ARTI.**

***Procedura comune per le Prestazioni assicurate erogate da UniSalute per conto di SAN.ARTI.***

**Prenotazione delle prestazioni** - richiesta preventiva a UniSalute

È possibile prenotare autonomamente tramite i servizi online su [www.sanarti.it](http://www.sanarti.it) e accedere con username e password alla propria Area riservata.

**In caso di ricovero**, o quando non si possa accedere a Internet, l'Isritta/o dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito **800-009603** (o dall'estero prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa verificano la compatibilità della prestazione richiesta con il proprio Piano sanitario.

*Qualora l'Isritta/o utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa le spese sostenute non potranno essere rimborsate.*

**In caso di rimborso delle spese sostenute in strutture non convenzionate**, come ad esempio i ricoveri nelle Province prive di strutture convenzionate, l'Iscritta/o deve inviare a Fondo SAN.ARTI. presso 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.

UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere gli originali della documentazione prodotta.

### **Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).**

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, per chiedere il rimborso di quanto speso l'Iscritta/o può collegarsi al sito [www.sanarti.it](http://www.sanarti.it), entrare nella propria Area riservata con username e password e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo.

Nel caso di richiesta dell'indennità sostitutiva l'Iscritta/o dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, anche in formato elettronico, non soggetta a restituzione.

### **Come richiedere le prestazioni on line a UniSalute**

Collegarsi al sito [www.sanarti.it](http://www.sanarti.it), entrare nell'Area riservata Titolari, Soci e Collaboratori con la propria username e password, cliccare su Prenotazioni/Rimborsi e poi su Accedi alle Pratiche UniSalute. Al primo accesso viene richiesta la password di UniSalute, se non si ricorda cliccare su "Non ricordi la password attualmente in uso?" e seguire le indicazioni per il recupero della password.

Entrati nel sito di UniSalute si può richiedere la prestazione.

### **Prestazioni presso le strutture convenzionate** (escluse odontoiatria e ortodonzia).

L'Iscritta/o dovrà presentare alla struttura convenzionata, per effettuare la prestazione, un documento d'identità e la prescrizione del medico curante con la malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute invierà 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** è necessario inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, almeno 5 giorni prima della data prevista per l'evento.

L'Iscritta/o dovrà sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera con cui 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'Iscritta/o dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

UniSalute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata, per conto di SAN.ARTI., le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

## **ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI**

Qualsiasi **neoplasia** maligna di organo o apparato. La diagnosi per la presa in carico e 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
- Sacrocolpopessi 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 acromionplastica 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.