SAN.ARTI.
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER I LAVORATORI DELL'ARTIGIANATO

Sanità artigiana

Guida al Piano sanitario FONDO SAN.ARTI.

TITOLARI FONDO SAN.ARTI.

Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell'artigianato

Per tutte le prestazioni previste
dal Piano sanitario
diverse dal Ricovero consultare:
www.sanarti.it

Per tutte le prestazioni
dell'Area Ricovero contattare:

Numero Verde
800-009603

dall'estero: **+39.051.6389046**

orari:
8.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì

Guida al Piano sanitario
TITOLARI FONDO SAN.ARTI.

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

Le prestazioni del piano sono garantite da:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

GENERALI
Assicurazioni Generali

sommario

1. GLOSSARIO 4

2. PRESENTAZIONE 6

2.1 I servizi on line su www.sanarti.it 6

3. INTRODUZIONE 7

4. LE PERSONE PER LE QUALI È ATTIVA LA COPERTURA 7

5. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 8

5.1. Per prima cosa contattare il Fondo SAN.ARTI. 8
5.2. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. 8
5.3. Prestazioni in strutture non convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. 10
5.4. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale 11
5.5. Contatti degli Uffici del Fondo SAN.ARTI. 11

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 12

6.1 Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico 12
6.2 Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico 15
6.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio 15
6.4 Neonati – figli di Iscritti 15
6.5 Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico 16
6.6 Limite di spesa annuo dell'Aera Ricovero per grande intervento chirurgico 16
6.7 Indennità di convalescenza (a seguito di ricovero per uno degli interventi in elenco) 16
6.8 Prestazioni di alta specializzazione 17
6.9 Visite specialistiche 19
6.10 Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso 20
6.11 Pacchetto maternità 21
6.12 Indennità da gravidanza - allattamento 22
6.13 Prestazioni odontoiatriche particolari 23
6.14 Prestazioni di implantologia 24
6.15 Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia) 25
6.16 Sindrome metabolica 25
6.17 Diagnosi comparativa 26
6.18 Prestazioni diagnostiche particolari 27
6.19 Grave inabilità determinata da invalidità permanente dovuta a infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie 29
6.20 Piani assistenziali per non autosufficienze 29
6.21 Servizi di consulenza 30

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO 31

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI 32

8.1 Estensione territoriale 32
8.2 Limiti di età 32
8.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute) 33

ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 34

1 glossario

A

Accertamento diagnostico
Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Anno
Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assistenza
L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Iscritto che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assistenza Infermieristica
Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

C

Case Manager (CM)
Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

Centrale operativa/Struttura organizzativa
È la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga le prestazioni previste dal Piano Sanitario. La centrale operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Iscritto, l'accesso diretto alle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI.;
- fornire informazioni sulle coperture sanitarie, sui convenzionamenti delle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI., sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Cure termali
Trattamenti effettuati in centri/stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

D

Difetto fisico
Deviazione dal normale
assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Difetto fisico
Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Diagnosi comparativa
Consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.

Documentazione sanitaria
Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

G

Grandi interventi chirurgici
Interventi chirurgici e patologie riportati nell'elenco al successivo allegato A "Elenco grandi interventi chirurgici".

I

Indennità di convalescenza
Importo giornaliero erogato dal Fondo in caso in cui l'Iscritto si dovesse trovare nell'incapacità di attendere alle proprie occupazioni professionali, determinando un mancato esercizio dell'attività professionale stessa, a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico.
La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.

Indennità sostitutiva
Importo giornaliero erogato dal Fondo in caso di ricovero per grande intervento chirurgico, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

Infortunio
L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico
Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci.

Istituto di Cura
Ospedale, clinica o Istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Ivass
Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

L

Limite di spesa
L'importo stabilito nelle specifice coperture del Piano Sanitario che rappresenta la spesa massima che il Fondo si impegna a prestare nei confronti dell'Iscritto per le relative coperture e/o prestazioni previste.

M

Malattia
Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

Malformazione
Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Minimo non indennizzabile
La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Iscritto.

P

Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
È lo strumento operativo di eccellenza per l'area infermieristica. Ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza che soddisfi tutte le necessità riscontrate.

Piano sanitario
Il documento che prova la copertura.

Retta di degenza
Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

R

Ricovero
La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

S

Scoperto
Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Iscritto che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Iscritto stesso.

Società
UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata
Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi – dedicati al presente Piano Sanitario – con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

2 presentazione

Con la “Guida al Piano sanitario Fondo SAN.ARTI.” si intende offrire all’Iscritto un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è fornire un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della collaborazione di ciascun Iscritto.
All’interno della guida vengono indicate le modalità da seguire per accedere al Piano.

2.1 Per prima cosa contattare il Fondo SAN.ARTI.

SAN.ARTI. propone per i propri Iscritti un’area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle informazioni sulle richieste di rimborso.
Collegandosi al sito **www.sanarti.it** e accedendo all’Area Riservata tramite username e password è possibile:

- **prenotare direttamente on line** presso le strutture convenzionate le visite o gli esami non connessi ad un ricovero. Questa procedura consente di sapere in modo veloce se la prestazione richiesta è coperta dal Piano sanitario e di conoscere se il medico scelto è convenzionato. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l’Iscritto riceverà, a mezzo telefono, e-mail o sms, comunicazione da parte di SAN.ARTI. relativa al buon esito della prenotazione medesima.
- **consultare l’estratto conto on line** per la verifica dello stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate;
- **consultare le prestazioni** del proprio Piano sanitario;
- **consultare** l’elenco delle strutture sanitarie convenzionate.

Al fine di garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, al primo accesso alle funzionalità dell’area riservata è necessario compilare un form con i propri dati personali (tutti i campi sono obbligatori) ed esprimere il consenso al loro trattamento.

introduzione

3

Scopo di questa guida è illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo SAN.ARTI., in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.
È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e, dall'altro, a utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano. Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo SAN.ARTI. ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.
Il Fondo SAN.ARTI, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, fermo restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi sviluppata dalla Società UniSalute con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi) allo scopo di offrire, nella maggior parte dei casi, le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti alle singole coperture.
Tale meccanismo è in grado di garantire ulteriormente forti sconti e agevolazioni agli Iscritti, anche per le prestazioni che non siano previste dal Piano sanitario Fondo SAN.ARTI.

le persone per cui è operante la copertura

4

Il Piano sanitario è prestato a favore di:

- imprenditori artigiani iscritti all'albo delle imprese/autonomi;
- artigiani Titolari di piccole medie imprese (PMI) che applicano i CCNL dell'artigianato;
- soci di imprese artigiane;
- collaboratori di imprese artigiane;

che abbiano aderito al Piano e che siano in regola con i versamenti contributivi.

5 come utilizzare le prestazioni del piano sanitario

5.1 Per prima cosa contattare il Fondo SAN.ARTI.

In caso di bisogno di cure mediche, l'Iscritto deve consultare il sito internet **www.sanarti.it** per tutte le prestazioni diverse dal ricovero, mentre per tutte le informazioni dell'area ricovero è opportuno contattare preventivamente il numero verde **800-009603**.
Gli operatori e i medici della centrale operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano sanitario. Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel Piano sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Iscritto a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti. Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla centrale operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture). È bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

5.2 Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI.

UniSalute ha predisposto per gli iscritti al Fondo SAN.ARTI. un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.
I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società, e dunque agli Iscritti al Fondo SAN.ARTI.
L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile su **www.sanarti.it**.
Utilizzando le strutture convenzionate, per le prestazioni che lo prevedono l'iscritto consegue alcuni **vantaggi**:

- non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo SAN.ARTI., la Società e la struttura convenzionata, a eccezione di somme non indennizzabili, ove previste;
- può utilizzare per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario la funzione di prenotazione on line presente nell'area riservata del sito **www.sanarti.it**, che gli permette di sapere immediatamente se la prestazione che l'Iscritto sta prenotando è coperta dal Piano sanitario e se i medici scelti sono convenzionati. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, e-mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito delle prenotazione medesima. Nell'impossibilità di accedere al sito e nei casi di ricovero l'Iscritto dovrà preventivamente contattare la centrale operativa al numero verde gratuito **800-009603**;

- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui UniSalute e il Fondo SAN.ARTI. garantiscono i livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla centrale operativa), l'Iscritto dovrà presentare alla struttura convenzionata 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.

- **in caso di ricovero per grande intervento chirurgico** l'Iscritto dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute);
- all'atto della dimissione dall'Istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà il Fondo SAN.ARTI., per il tramite della Società, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: telefono, televisione, bar, cartella clinica e diritti amministrativi, che vengono pagate direttamente dall'Iscritto);
- il Fondo SAN.ARTI., per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti poc'anzi enunciati e per le coperture che prevedono l'utilizzo della rete di strutture convenzionate;
- **in caso di prestazione extraricovero**, l'Iscritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Iscritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario, o nel caso di coperture che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

ATTENZIONE!

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accedere all'area riservata del sito www.sanarti.it. Tale funzionalità on line è estremamente utile perché permette di sapere in modo veloce se la prestazione richiesta è coperta dal Piano sanitario e di conoscere immediatamente se il medico scelto è convenzionato.

A seguito della richiesta di prenotazione online, l'Iscritto riceverà a mezzo telefono, e-mail o sms, comunicazione da parte di SAN.ARTI. relativa al buon esito della prenotazione medesima.

Per le prenotazioni è possibile anche contattare la centrale operativa al numero verde gratuito 800-009603.

5.3 Prestazioni in strutture non convenzionate da UniSlaute per il Fondo SAN.ARTI.

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano sanitario prevede anche che questi possa avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate per le prestazioni che prevedono espressamente questa forma.
Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni. All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo SAN.ARTI. (presso UniSalute Spa – Rimborsi Clienti – c/o CMP BO – via Zanardi, 30 – 40131 Bologna BO) la documentazione necessaria di seguito indicata:

- il modulo di richiesta rimborso debitamente compilato in ogni sua parte, scaricabile direttamente dal sito **www.sanarti.it**;
- copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale in caso di ricovero per grande intervento chirurgico. Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, e a esso connesse, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- la prescrizione medica in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante in caso di prestazioni extraricovero;
- la documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, Fondo SAN.ARTI. si riserverà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.
Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni fornite dall'Iscritto.
L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fondo e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.
Il Fondo provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa previste dal Piano) che il piano prevede.

Il modo più veloce per verificare lo stato dei propri rimborsi è tramite il sito **www.sanarti.it** - Area Riservata – Sinistri/rimborsi accessibile tramite username e password, che garantiscono la riservatezza dei dati. L'Iscritto potrà verificare la sua posizione sempre aggiornata relativamente alla documentazione che ha inviato.

5.4 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi in termini di professionalità, comfort e qualità del servizio. Non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.
Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., e qualora sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto. Per richiedere il rimborso occorre seguire le modalità descritte nel punto precedente.

5.5 Contatti degli Uffici del Fondo SAN. ARTI.

Quando l'Iscritto ha bisogno di informazioni relative alla Sua copertura sanitaria può contattare l'Ufficio Prestazioni del Fondo SAN. ARTI. al numero **06.87678095** dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 13.

6 le prestazioni del piano sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio, se avvenuto dopo la data di effetto del Piano stesso, per le seguenti prestazioni:

- ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo Allegato A);
- indennità di convalescenza;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- ticket sanitari per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso;
- pacchetto maternità;
- indennità da gravidanza - allattamento;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni di implantologia dentale;
- avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia);
- sindrome metabolica;
- diagnosi comparativa;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie;
- piani assistenziali per non autosufficienze;
- servizi di consulenza.

6.1 Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati nel successivo Allegato A.
Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di pronto soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un grande intervento chirurgico, potrà godere delle seguenti prestazioni:

Pre-intervento	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 copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (**risultante dal referto operatorio**); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
Rette di degenza	**Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.** Nel caso di ricovero in Istituto di cura **non convenzionato** da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI., le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300,00 al giorno**.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera (come accompagnatore si intende un famigliare o altra persona quale, a titolo esemplificativo, infermiera, badante, amico ecc.). **Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato** da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI., la copertura è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30 giorni** per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00** al giorno per un massimo di **30 giorni** per ricovero. **La presente copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**
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 **60 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante **all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura**.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN. ARTI. ed effettuate da medici convenzionati:**

le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo SAN.ARTI. per il tramite della Società alle strutture stesse, a eccezione della copertura "Assistenza infermieristica privata individuale", che prevede specifici limiti.

Esempio:
Insieme di fatture inerenti un grande intervento chirurgico (onorari medici, retta di degenza) per un totale di € 6.500,00. Il Fondo SAN.ARTI. per il tramite di UniSalute paga direttamente alla struttura l'intero importo di € 6.500,00.
L'iscritto non avrà spese a suo carico.

La copertura "Assistenza infermieristica privata individuale" è prevista in forma esclusivamente rimborsuale con specifici limiti.
Esempio: fattura di € 70,00 al giorno x 5 giorni = € 350,00
» L'importo rimborsato sarà di € 300,00 (importo massimo erogabile di € 60,00 al giorno x 5 giorni).

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI.:**

le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 2.000,00**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale", che prevedono specifici limiti;
il rimborso avverrà nel limite di un plafond di **€ 8.000,00** per intervento.

Esempio:
1) insieme di fatture inerenti un grande intervento chirurgico (onorari medici, retta di degenza, pre e post ricovero) per un totale di € 6.500,00 - € 2.000,00 (minimo non indennizzabile) = € 4.500,00 somma rimborsata all'Iscritto;

2) insieme di fatture inerenti un grande intervento chirurgico (onorari medici, retta di degenza) per un totale di € 12.000,00 - € 2.400,00 (lo scoperto del 20% è più alto del minimo non indennizzabile quindi si applica lo scoperto) = € 9.600,00.
Il plafond per ogni intervento è però di € 8.000,00, che sarà la somma rimborsata all'Iscritto.

Le coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore e "Assistenza infermieristica privata individuale" prevedono specifici limiti.
Esempio: fattura per accompagnatore di € 80,00 al giorno x 5 giorni = € 400,00 € l'importo rimborsato sarà di € 250,00 (importo massimo erogabile di € 50,00 al giorno x 5 giorni).

N.B.: Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN. ARTI ed effettuate da medici non convenzionati:**

tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (quindi nella misura dell'**80%** con l'applicazione del minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** e con un plafond di **€ 8.000,00** per intervento).

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

il Fondo rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Iscritto durante il ricovero.

6.2 Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico

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

6.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste ai paragrafi "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico" e "Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.
Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

6.4 Neonati – figli di Iscritti

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati **nei primi 3 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;
- la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

* Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Si precisa che tale indennità non prevede l'erogazione della "indennità sostitutiva"
La disponibilità per la presente copertura è di € 15.000,00 UNA TANTUM.

6.5 Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico

Qualora l'Iscritto non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari), avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **100 giorni** per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in istituto di cura comportante pernottamento: al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo suindicato per **ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura**.

NB: La prima giornata di ricovero in istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Esempio:
Per un ricovero con data d'ingresso in istituto di cura 1° marzo e data di dimissioni 6 marzo, per il calcolo dell'importo da erogare si contano le notti trascorse in Istituto di cura.
In questo caso: € 100,00 x 5 notti € l'indennità sarà di € 500,00.

6.6 Limite di spesa annuo dell'Aera Ricovero per grande intervento chirurgico

Il Piano sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 90.000,00** per Iscritto. Se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di avere ulteriori rimborsi.

6.7 Indennità di convalescenza (a seguito di ricovero per uno degli interventi in elenco)

Nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato) indennizzabile dalla copertura, il Fondo prevede una diaria di convalescenza di **€ 100,00** giornalieri per un

massimo di **15 giorni** per anno e per persona. La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.

6.8 Prestazioni di alta specializzazione

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia);
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturetrografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

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

Alta Diagnostica per immagini

- Tomografia computerizzata (tc)
- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (rm)

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

Pet

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

- 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

• Biopsie

- Tutte

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia 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, il Fondo garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica, mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio rimarrà a carico dell'Iscritto.

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

N.B: La presente copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN. ARTI., ed effettuate da medici convenzionati:**

le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SAN.ARTI., per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 30,00** per ogni prestazione/ciclo di terapia. Tale importo dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Esempio:
Fattura di € 100,00 – € 30,00 (somma che l'Iscritto verserà alla struttura all'emissione della fattura) = € 70,00 somma versata dal Fondo SAN.ARTI. per il tramite della Società alla struttura.

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

il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 6.500,00 per Iscritto

6.9 Visite specialistiche

Il Fondo SAN.ARTI provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

N.B: La presente copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN. ARTI., ed effettuate da medici convenzionati:**

le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SAN.ARTI., per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 30,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Esempio:
Fattura di € 120,00 – € 30,00 (somma che l'Iscritto verserà alla struttura all'emissione della fattura) = € 90,00 somma versata dal Fondo SAN.ARTI. per il tramite della Società alla struttura

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

il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 700,00 per Iscritto

6.10 Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Il Fondo SAN.ARTI. provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per:

- accertamenti diagnostici (non previsti al paragrafo "Prestazioni di alta specializzazione);
- pronto soccorso.

Esempio:
Ticket per esami del sangue ed esame urine di € 27,00, il Fondo SAN.ARTI. rimborsa all'Iscritto l'intero importo di € 27,00.
L'Iscritto non avrà spese a suo carico.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia del ticket la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La copertura comprende gli accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio. Sono esclusi gli accertamenti diagnostici di prevenzione, salvo quanto previsto al successivo paragrafo "Prestazioni diagnostiche particolari".

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

6.11 Pacchetto maternità

Sono comprese nella copertura:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 in caso di gravidanza a rischio);
- ecografie;
- analisi clinico chimiche;
- amniocentesi e villocentesi: per le donne dai 35 anni in su tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età inferiore ai 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 1°grado o nel caso di patologie sospette.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN. ARTI., ed effettuate da medici convenzionati:**

le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo SAN.ARTI., per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI.:**

le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

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

il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritta.

Esempio:
Visita specialistica ginecologica di € 100,00. Il Fondo SAN.ARTI. per il tramite della Società paga direttamente alla struttura, se convenzionata, o rimborsa all'iscritta, in caso di utilizzo di struttura non convenzionata, l'intero importo di € 100,00. L'Iscritta non avrà spese a suo carico.

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

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica, il Fondo SAN.ARTI. attraverso la Società corrisponderà un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7 giorni** per ogni ricovero.
In caso di parto naturale a domicilio l'indennità pari a € 80,00 giornalieri sarà erogata di 2 giorni.

Per la liquidazione di tale indennità l'Iscritta dovrà inoltrare al Fondo copia conforme all'originale:

- della cartella clinica completa di SDO, in caso di parto naturale o cesareo avvenuto in Istituto di cura;
- della cartella ostetrica, in caso di parto naturale a domicilio.

Esempio:
Per un ricovero con data d' ingresso in Istituto di cura 1 ottobre e data dimissioni 4 ottobre, per il calcolo dell'importo da erogare si contano le notti trascorse in Istituto di cura, in questo caso: € 80,00 x 3 notti € l'indennità sarà di € 240,00.

6.12 Indennità da gravidanza - allattamento

INDENNITÀ DA GRAVIDANZA

Nel caso in cui l'Iscritta si trovi in uno stato di gravidanza avrà diritto a un'indennità pari a **€ 1.000,00** mensili dal **3° al 7° mese** di gravidanza.

Per la liquidazione mensile dell'indennità l'Iscritta dovrà inoltrare mensilmente alla Società **certificazione del ginecologo curante con l'indicazione dell'epoca gestazionale dell'Iscritta accompagnata dall'ecografia ostetrica**, e dal relativo referto, **da cui si evinca la datazione della gravidanza**. Dal quarto mese fino al settimo sarà sufficiente la certificazione del ginecologo curante.
È prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

INDENNITÀ "ALLATTAMENTO"

Successivamente al parto (nel periodo di "allattamento"), per un periodo massimo di 6 mesi, il Fondo riconosce all'Iscritta un'indennità pari a **€ 400,00** mensili per un totale, corrisposto a forfait al termine del 6° mese, pari a **€ 2.400,00** (duemilaquattrocento/zerozero).

Per la liquidazione di tale indennità l'Iscritta dovrà inoltrare alla Società copia conforme all'originale:

- della cartella clinica completa di SDO, in caso di parto naturale o cesareo avvenuto in Istituto di cura
- della cartella ostetrica, in caso di parto naturale a domicilio

Tale indennità verrà corrisposta indipendentemente dall'effettivo allattamento.

È prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

6.13 Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo SAN.ARTI. provvede al pagamento di una visita specialistica e di **una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI., indicate dalla centrale operativa previa prenotazione**. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorchè non ancora conclamati e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni vengono erogate, direttamente, nella misura del:

- **100%** per quanto riguarda la visita specialistica odontoiatrica;
- **50%** per quanto riguarda la seduta di igiene orale professionale (ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale).

Esempio:

1) Fattura di visita specialistica odontoiatrica di € 100,00, il Fondo SAN.ARTI. per il tramite della Società paga direttamente alla struttura l'intero importo di €100,00. L'Iscritto non avrà spese a suo carico.

2) Fattura di igiene orale di € 100,00 – scoperto del 50% (€ 50,00) = € 50,00 somma versata dal Fondo SAN.ARTI. per il tramite della Società alla struttura.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con il Fondo, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, il Fondo provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

6.14 Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo SAN.ARTI provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.
È prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

La copertura opera nel caso di applicazione di uno, due, tre o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.
Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'installazione dell'impianto/i.

- **La presente copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI.:**

le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SAN. ARTI. per il tramite della Società alle strutture convenzionate. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 2.800,00 per Iscritto.
Viene previsto un sottolimite annuo di € 1.000,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottolimite annuo pari a € 550,00 nel caso di applicazione di un impianto.
Si precisa che, qualora nella medesima annualità dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimite di € 1.000,00 previsto in questa copertura, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Esempio:
1) Fattura di € 3.000,00 per 3 impianti = € 2.800,00 somma versata dal Fondo SAN.ARTI. per il tramite della Società alla struttura.
2) Fattura di € 1.500,00 per 2 impianti = € 1.000,00 somma versata dal Fondo SAN.ARTI. per il tramite della Società alla struttura.
3) Fattura di € 700,00 per 1 impianto =€ 550,00 somma versata dal Fondo SAN. ARTI. per il tramite della Società alla struttura. Fattura di € 700,00 per un secondo impianto nella stessa annualità associativa = € 450,00 somma versata dal Fondo SAN.ARTI. per il tramite della Società alla struttura (in questo caso si utilizza il plafond di € 1.000,00 - € 550,00 già versati per il primo impianto = € 450,00).

6.15 Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia)

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo SAN.ARTI. provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di quattro denti l'anno.

È prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

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

- **La presente copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI.:**

le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SAN. ARTI, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

Esempio:
Fattura per due avulsioni di € 200,00, il Fondo SAN.ARTI. per il tramite della Società paga direttamente alla struttura l'intero importo di € 200,00.
L'Iscritto non avrà spese a suo carico.

6.16 Sindrome metabolica

Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su **www.sanarti.it** e "confermare il suo invio" alla Società. La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Iscritto l'esito della valutazione tramite e-mail, mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.
La Società fornirà all'Iscritto, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.
La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Iscritto verrà contattato periodicamente dalla Società (via e-mail, sms o telefono) per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di sindrome metabolica "non conclamata", poiché tali indicatori del rischio devono essere regolarmente monitorati, il Fondo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sottostanti da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. indicate dalla centrale operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'Iscritto ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui l'Iscritto potrà registrare questi parametri.
La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito del Fondo.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle previste dal Piano sanitario, le stesse verranno erogate all'interno delle rispettive coperture.
Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle previste dal Piano sanitario, all'Iscritto verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

6.17 Diagnosi comparativa

Il Fondo dà la possibilità all'Iscritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.
Telefonando al numero verde della centrale operativa UniSalute **800-009603**, l'Iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.
La Società mette a disposizione dell'Iscritto i seguenti servizi:

- **Consulenza Internazionale.** Il Fondo rilascerà all'Iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- **Trova il medico.** Il Fondo, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Iscritto con **massimo tre specialisti** scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto.

A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Iscritto.

- **Trova la miglior cura.** Qualora l'Iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Iscritto laddove necessario. **Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.** L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

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

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

Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà **contattare il Fondo e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa**. Tale documentazione sarà poi inoltrata dal Fondo, con **costi a proprio carico**, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella **specifica patologia**.

6.18 Prestazioni diagnostiche particolari

Il Fondo SAN.ARTI. provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate **effettuate una volta all'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI., indicate dalla centrale operativa previa prenotazione**. Le prestazioni nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorché non ancora conclamati sono particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

A. PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE (per tutti gli Iscritti a partire dai 40 anni di età)

Diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Trigliceridi
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

Indagini specifiche:

- Visita specialistica cardiologica
- Ecg basale e da sforzo

B. PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE GENITALI FEMMINILI E MAMMARIE (per le sole donne a partire dai 45 anni di età)

Base comune di diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

Indagini specifiche:

- Visita ginecologica e pap test
- Esame mammografico

C. PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE PROSTATICHE (per i soli uomini a partire dai 45 anni di età)

Base comune di diagnostica ed ematochimica basata su:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia

- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale ed Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

Indagini specifiche:

- Visita specialistica urologia
- Ecografia prostatico vescicale
- Dosaggio PSA

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

Il Fondo rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza per stati di grave inabilità dovuti a infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al **50%** (tabella di riferimento I.N.A.I.L.) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

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

Ai fini dell'operatività della copertura si precisa che:

- l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di pronto soccorso e deve essere avvenuto durante l'operatività del Piano sanitario;
- le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del Piano sanitario;

La disponibilità per la presente copertura è di € 10.000,00 per Iscritto.
Tale disponibilità è fruibile nel corso dei primi 2 anni del Piano sanitario.

È prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

6.20 Piani assistenziali per non autosufficienze

Nei casi di grave inabilità determinata da IP da infortunio sul lavoro o da gravi patologie, oltre a quanto fornito nel paragrafo precedente, la Compagnia metterà a disposizione tramite un infermiere case manager (ICM) la costruzione di piani assistenziali personalizzati socio-

assistenziali, fornendo eventualmente oltre all'importo disponibile di cui sopra anche le tariffe agevolate per badanti e per altre necessità informative/assistenziali domiciliari (**il costo della prestazione è a carico dell'Iscritto**).

È prevista una carenza di un anno da calcolarsi dalla data di ingresso in copertura del Titolare.

6.21 Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla centrale operativa 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 **+051-6389046**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La centrale operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- Ubicazione e specializzazione di strutture sanitarie pubbliche e private;
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero);
- Centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- Composizione, indicazioni e controindicazioni dei farmaci.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La centrale operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI.

c) Pareri medici immediati

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

casi di non operatività del piano

7

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto **salvo quanto previsto al punto "neonati"**.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, **salvo quanto previsto ai punti "prestazioni odontoiatriche particolari", avulsioni e "Prestazioni di implantologia"**;
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. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
6. 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. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
7. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
8. 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;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
10. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;

12. 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;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo, o di parti di suoi organi, per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo, o di parti di suoi organi, per condizioni morbose congenite.

Limitatamente alle prestazioni previste al paragrafo "Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per:

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

La centrale operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

8 alcuni chiarimenti importanti

8.1 Estensione territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.

8.2 Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 68° anno di età del Titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

8.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) PRESTAZIONI IN STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

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

B) PRESTAZIONI IN STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge.
Qualora il Fondo SAN.ARTI. dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Iscritto al Fondo SAN.ARTI. che, con cadenza mensile, la restituirà all'Iscritto a sinistro esaurito.
Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita all'Iscritto dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione.
Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA RICHIESTA DI RIMBORSO (FATTURE, RICEVUTE, PRESCRIZIONI MEDICHE, CARTELLE CLINICHE) DEVE ESSERE INVIATA IN COPIA.IL FONDO POTRÀ, A PROPRIO INSINDACABILE GIUDIZIO, RICHIEDERE IN QUALSIASI MOMENTO, PER LE OPPORTUNE VERIFICHE, L'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE IN ORIGINALE. RICORDIAMO CHE NEL CASO DI RICEVIMENTO DI DOCUMENTI FALSI O CONTRAFFATTI, IL FONDO NE DARÀ IMMEDIATA COMUNICAZIONE ALLE COMPETENTI AUTORITÀ GIUDIZIARIE PER LE OPPORTUNE VERIFICHE E L'ACCERTAMENTO DI EVENTUALI RESPONSABILITÀ PENALI.

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

Allegato A
elenco grandi 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 bioptica istologica o citologica. Saranno ammissibili anche interventi con diagnosi di malignità accertata istologicamente dopo l'intervento.

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale
- Cordotomia e mielotomia percutanea.

OCULISTICA

- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- Odontocheratoprotesi

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Resezione esofago cervicale
- Dissezione radicale del collo
- Escissione dotto tireoglosso

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per poliposi nasale
- Decompressione stretto toracico superiore

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasverso
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 40
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Fistole entero-enteriche
- Anastomosi entero-esofagee
- Polipectomia per via Laparotomica

UROLOGIA

- Surrenalectomia
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia con eventuale annessiectomia
- Sacrocolpopessi per via addominale per colpocistorettocele

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio (esclusi gli interventi di sostituzione delle protesi ortopediche di qualunque tipo)
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 “Informativa al contraente” La Società informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UniSalute S.p.A.
Funzione Reclami
Via Larga, 8 - 40138 Bologna
fax 051.7096892
e-mail: reclami@unisalute.it

Qualora l’esponente non si ritenga soddisfatto dall’esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS
Servizio tutela degli utenti
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
Tel. 06.421331

I reclami indirizzati all’IVASS dovranno contenere:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della compagnia: **www.unisalute.it**
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l’attribuzione delle responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell’Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

SAN.ARTI.
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER I LAVORATORI DELL'ARTIGIANATO

Sanità artigiana.

Per ulteriori informazioni:
www.sanarti.it

SAN.ARTI.
Via Torino, 6 - 00184 Roma

Per ogni ulteriore informazione è possibile contattare il Fondo attraverso il sito www.sanarti.it
Nel sito è possibile consultare e scaricare l'elenco completo delle prestazioni, espletare tutte le procedure di iscrizione e avere accesso al testo del regolamento.
L'iscrizione delle imprese al Fondo è possibile attraverso il sito www.sanarti.it

ANDROID APP ON Google play

Available on the iPhone App Store

Numero Verde
800-009603

Confartigianato Imprese · CNA · CASARTIGIANI Confederazione Autonoma Sindacati Artigiani · CLAAI · CGIL · CISL · UIL Il sindacato dei cittadini