

NOMENCLATORE DELLE GARANZIE

FAMIGLIARI SAN.ARTI.

Edizione 01/01/2018

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

SEZIONE VALIDA PER I FAMIGLIARI da 12 MESI e 1 giorno fino a 14 ANNI di età

- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (come da elenco di cui all'allegato A e per gli Interventi aggiuntivi espressamente indicati in garanzia);
- day-hospital con intervento chirurgico (come da elenco di cui all'allegato A e per gli Interventi aggiuntivi espressamente indicati in garanzia);
- intervento chirurgico ambulatoriale (come da elenco di cui all'allegato A e per gli Interventi aggiuntivi espressamente indicati in garanzia)
- diagnostica di immagine: radiologia tradizionale;
- visite specialistiche e psicoterapia;
- accertamenti diagnostici e ticket per pronto soccorso;
- visita specialistica oculistica;
- indagini genetiche (per le patologie indicate in garanzia);
- plantari ortopedici;
- prestazioni odontoiatriche particolari per i figli con età fino ai 12 anni compiuti;
- ortodonzia - garanzia operante a partire dal secondo anno di copertura continuativa del figlio;
- tariffe agevolate per ortodonzia;
- servizi di consulenza.

SEZIONE VALIDA PER I FAMIGLIARI ETÁ maggiore-uguale a 15 ANNI fino al LIMITE di ETÁ previsto per l'ISCRITTO

le seguenti garanzie, previste sia per il figlio con età maggiore-uguale a 15 anni che per il coniuge/convivente more uxorio, saranno operanti a partire dal primo anno di copertura del FAMIGLIARE stesso:

- ricovero in Istituto di cura con intervento chirurgico (come da elenco di cui all'allegato A);
- day-hospital con intervento chirurgico (come da elenco di cui all'allegato A);
- intervento chirurgico ambulatoriale (come da elenco di cui all'allegato A);
- diagnostica di immagine: radiologia tradizionale;
- visite specialistiche e psicoterapia;
- accertamenti diagnostici e ticket per pronto soccorso;
- pacchetto maternità;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- sindrome metabolica;
- servizi di consulenza.

le seguenti Garanzie, previste solo per il coniuge/convivente more uxorio, saranno operanti solo a partire dal secondo anno di copertura continuativa del FAMIGLIARE stesso:

- implantologia;
- avulsioni solo se rese necessarie da prestazioni di implantologia per avulsione dei denti del giudizio;

la seguente Garanzia, prevista solo per il figlio con età maggiore-uguale a 15 anni, sarà operante solo a partire dal secondo anno di copertura continuativa del FAMIGLIARE stesso:

- ortodonzia.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società (se espressamente previsto in garanzia)
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società (se espressamente previsto in garanzia)
- c) Servizio Sanitario Nazionale (se espressamente previsto in garanzia)

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

2. PERSONE ASSICURATE

In virtù dell'Accordo Interconfederale del 29/07/2013 e del 25/10/2013 possono volontariamente iscriversi al Fondo i famigliari dei Lavoratori (Dipendenti, Titolari, Soci, Collaboratori) già iscritti a SAN.ARTI. Il presente Piano sanitario è riservato a favore dei seguenti famigliari:

- Coniuge/Convivente more uxorio;
- Figli:
 - Di età inferiore ai 18 anni con un eventuale reddito inferiore a 6.000€ al lordo degli oneri deducibili;
 - Di età superiore a 18 anni e fino al compimento del 30° anno di età che versino in stato di inoccupazione/disoccupazione con un reddito da lavoro inferiore a 6.000 euro al lordo degli oneri deducibili ;
 - Minori, legalmente affidati.

Tutti risultanti dallo stato di famiglia e sempreché rientranti nella soglia massima del limite di età della fascia di riferimento.

**SEZIONE VALIDA PER I FAMIGLIARI
da 12 MESI e 1 giorno fino a 14 ANNI di età**

3. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale (tutti), la Società provvede al pagamento delle spese sotto descritte:

a) Pre- intervento

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti intervento, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato l'intervento. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante l'intervento chirurgico. Sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

d) Post intervento

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi all'intervento, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato l'intervento. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante. Tutte le spese saranno in copertura solo se attinenti all'intervento chirurgico effettuato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 400,00 per persona.

3.1 MODALITA' DI EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

→ la garanzia non è operante nel caso in cui l'assicurato si rivolga a strutture private e/o a personale non convenzionati con Unisalute, anche nel caso in cui nella provincia di domicilio/residenza dell'assicurato non vi siano strutture/personale convenzionati ove poter effettuare tali interventi.

b) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato sostenga durante l'intervento chirurgico ambulatoriale delle spese per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato.

4. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CHIRURGICO, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (GARANZIE VALIDE LIMITATAMENTE AGLI INTERVENTI COMPRESI NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A E PER GLI INTERVENTI AGGIUNTIVI ESPRESSAMENTE INDICATI IN GARANZIA)

In caso di ricovero chirurgico reso necessario da intervento, previsto dall'allegato, oppure da uno dei seguenti interventi chirurgici (espressamente previsti per i figli con età dai 12 MESI e 1 giorno fino ai 14 ANNI di età):

- Asportazione tumore di Wilms;
- Neuroblastoma addominale;
- Neuroblastoma endotoracico;
- Neuroblastoma pelvico;
- Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del;

la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

4.1 RICOVERO CHIRURGICO IN ISTITUTO DI CURA (VALIDO ESCLUSIVAMENTE PER GLI INTERVENTI COMPRESI NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 300,00 al giorno.

e) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

4.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, 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.

4.3 DAY-HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A E PER GLI INTERVENTI AGGIUNTIVI ESPRESSAMENTE INDICATI IN GARANZIA)

Nel caso di day-hospital chirurgico (operante esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco), la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 4.1 "Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato a) e 4.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

4.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (COME DA ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale (operante esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco), la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 4.1 "Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato a) lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 4.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

4.5 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a 1) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

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

punto 4.1 "Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato a)":

- lett. a) "Pre ricovero";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

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

a2) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.

Qualora, in una struttura convenzionata con la Società venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità e alle medesime condizioni previste in caso di ricovero in strutture non convenzionate con la Società (punto b).

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

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite di un massimale di € 8.000,00 per intervento con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento. Nel calcolo dello scoperto non vengono prese in considerazione le seguenti voci:

punto 4.1 "Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato a):

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 4.2 "Trasporto sanitario";

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 4.6 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti in aggiunta all'importo complessivo dell'indennità sostitutiva.

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

4.6 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero (per interventi come da elenco allegato e per tutti gli interventi di trapianto d'organo effettuati presso l'SSN) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero 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 ogni ricovero.

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.

4.7 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 90.000,00 per persona.

5. DIAGNOSTICA DI IMMAGINE: RADIOLOGIA TRADIZIONALE

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

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia mono e 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)

- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- 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
- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto- apparato
- 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 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
- Fluorangiografia oculare

Biopsie

- Tutte

Endoscopie diagnostiche e operative

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia
- Tracheobroncoscopia

Le endoscopie operative si intendono erogate nel limite di un sottomassimale rispetto a quello della “Diagnostica di immagine” di € 2.000,00 per anno/persona.

Varie

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

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

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

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

- € 20,00 per ogni ecografia/ecodoppler e per ogni endoscopia sia diagnostica che operativa;
- € 10,00 per prestazione/ciclo di terapia per tutte le prestazioni in elenco, diverse da ecografia/ecodoppler ed endoscopie diagnostiche e operative.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 8.000,00 per persona.

Per le prestazioni di endoscopia operativa, è previsto un sottomassimale annuo di € 2.000,00 per persona.

6. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il massimale annuo complessivo previsto per le prestazioni previste ai successivi punti "6.1 Visite specialistiche" e "6.2 Accertamenti diagnostici" è di € 1.200,00 per persona.

Per le prestazioni di cui al punto "6.2 Accertamenti diagnostici" è previsto un sottomassimale annuo di € 1.000,00 per persona.

6.1 VISITE SPECIALISTICHE E PSICOTERAPIA

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

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia; in questo caso il piano sanitario prevede un ciclo di massimo numero 10 sedute di psicoterapia all'anno per persona da parte di soggetti abilitati secondo la legge vigente.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ogni visita specialistica e per ogni ciclo (10 sedute) di psicoterapia.

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

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

6.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TICKET DI PRONTO SOCCORSO

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 30,00 per ogni accertamento diagnostico. In caso di esami del sangue/di laboratorio, la franchigia di € 30,00 si intende applicata per ogni prelievo.

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

7. VISITA SPECIALISTICA OCULISTICA

La Società provvede al pagamento una visita specialistica oculistica all'anno per ogni assicurato con un'età compresa tra 2 e 6 anni.

Per l'attivazione della presente garanzia non sono necessarie né la prescrizione medica né la patologia.

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

8. INDAGINI GENETICHE- ESAMI DI LABORATORIO GENETICO-MOLECOLARE

La Società provvede al pagamento delle spese per indagini genetiche relative all'accertamento della presenza delle sottostanti malformazioni espressamente indicate in tabella:

TIPO MALFORMAZIONE	DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DELLA GARANZIA/LIQUIDAZIONE
	Documentazione da richiedere SOLO in RETE
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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di importo pari a € 20,00 per ogni prestazione (prelievo).

→ la garanzia non è operante nel caso in cui l'assicurato si rivolga a strutture private e/o a personale non convenzionati con Unisalute, anche nel caso in cui nella provincia di domicilio/residenza dell'assicurato non vi siano strutture/personale convenzionati ove poter effettuare tali indagini.

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

9. PLANTARI ORTOPEDICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di plantari ortopedici 50,00 per anno/persona.

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

10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI PER I FIGLI CON ETÀ FINO AI 14 ANNI COMPIUTI

Per gli assicurati fino ai 14 anni compiuti, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni odontoiatriche qui di seguito specificate:

- sigillatura: una volta l'anno/persona;
- fluorazione: una volta l'anno/persona;

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

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

11. ORTODONZIA - GARANZIA OPERANTE A PARTIRE DAL SECONDO ANNO DI COPERTURA CONTINUATIVA DEL FIGLIO

La Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche anche di tipo diagnostico.

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

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 200,00 (duecento/zerozero) per persona.

Si specifica che:

- E' altresì prevista una visita specialistica ortodontica all'anno sempreché propedeutica ad eventuali prestazioni ortodontiche. Tale visita è effettuabile esclusivamente in strutture e personale convenzionato;
- La garanzia "ortodonzia" è valida per il solo figlio inseribile in copertura come descritto all'art. "persone assicurate" e partire dal II° anno di inclusione (continuativa) in copertura.

12. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER GARANZIE ORTODONTICHE

Qualora per una delle prestazioni appartenenti a una alla garanzia **“ORTODONZIA - GARANZIA OPERANTE A PARTIRE DAL SECONDO ANNO DI COPERTURA CONTINUATIVA DEL FIGLIO”** sopra indicata non sia attivabile la copertura nel piano sanitario per esaurimento del massimale e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

13. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono 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.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.**

c) Pareri medici immediati

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

SEZIONE VALIDA PER I FAMILIARI ETÁ maggiore-uguale a 15 ANNI fino al LIMITE di ETÁ previsto per L'ISCRITTO

14. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CHIRURGICO, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (GARANZIE VALIDE LIMITATAMENTE AGLI INTERVENTI COMPRESI NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

14.1 RICOVERO CHIRURGICO IN ISTITUTO DI CURA (VALIDO ESCLUSIVAMENTE PER GLI INTERVENTI COMPRESI NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

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

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (**risultante dal referto operatorio**); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€. 300,00 al giorno.**

e) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

14.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, 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.

14.3 DAY-HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

Nel caso di day-hospital chirurgico (operante esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco), la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 14.1 "Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato a)" e 14.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

14.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (COME DA ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO A)

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale (operante esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco), la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 14.1 "Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato a)" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 14.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

14.5 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a 1) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

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

punto 14.1 "Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato a)":

- lett. a) "Pre ricovero";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 14.2 "Trasporto sanitario";

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

a2) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.

Qualora, in una struttura convenzionata con la Società venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità e alle medesime condizioni previste in caso di ricovero in strutture non convenzionate con la Società (punto b).

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

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite di un massimale di € 8.000,00 per intervento con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento. Nel calcolo dello scoperto non vengono prese in considerazione le seguenti voci:

punto 14.1 "Ricovero in Istituto di cura (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato a)":

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";

- lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto 14.2 “Trasporto sanitario”;
- che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 14.6 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti in aggiunta all'importo complessivo dell'indennità sostitutiva.

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

14.6 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero (per interventi come da elenco allegato) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero 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 ogni ricovero.

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.

14.7 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 90.000,00 per persona.

15. DIAGNOSTICA DI IMMAGINE: RADIOLOGIA TRADIZIONALE

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

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- **Esami radiologici apparato osteoarticolare**
- Mammografia mono e 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)

- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- 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
- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto- apparato
- 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 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
- Fluorangiografia oculare

Biopsie

- Tutte

Endoscopie diagnostiche e operative

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia
- Tracheobroncoscopia

Le endoscopie operative si intendono erogate nel limite di un sottomassimale rispetto a quello della “Diagnostica di immagine” di € 2.000,00 per anno/persona.

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa

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

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

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

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

- € 20,00 per ogni ecografia/ecodoppler e per ogni endoscopia sia diagnostica che operativa;
- € 10,00 per prestazione/ciclo di terapia per tutte le prestazioni in elenco, diverse da ecografia/ecodoppler ed endoscopie diagnostiche e operative.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 8.000,00 per persona.

Per le prestazioni di endoscopia operativa, è previsto un sottomassimale annuo di € 2.000,00 per persona.

16. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il massimale annuo complessivo previsto per le prestazioni previste ai successivi punti 16.1 "Visite specialistiche" e 16.2 "Accertamenti diagnostici" è di € 1.200,00 per persona.

Per le prestazioni di cui al punto 16.2 "Accertamenti diagnostici" è previsto un sottomassimale annuo di € 1.000,00 per persona.

16.1 VISITE SPECIALISTICHE E PSICOTERAPIA

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

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia; in questo caso il piano sanitario prevede un ciclo di massimo numero 10 sedute di psicoterapia all'anno per persona da parte di soggetti abilitati secondo la legge vigente.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ogni visita specialistica e per ogni ciclo (10 sedute) di psicoterapia.

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

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

1.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TICKET DI PRONTO SOCCORSO

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di € 30,00 per ogni accertamento diagnostico. In caso di esami del sangue/di laboratorio, la franchigia di € 30,00 si intende applicata per ogni prelievo.

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

17. PACCHETTO MATERNITA'

Sono comprese nella garanzia:

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

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

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

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per Assicurata.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica la Società corrisponderà un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

La presente indennità verrà erogata anche in caso di aborto terapeutico e spontaneo.

18. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Visita specialistica odontoiatrica**
- **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.

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

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

19. IMPLANTOLOGIA (GARANZIA OPERANTE A PARTIRE DAL SECONDO ANNO DI COPERTURA CONTINUATIVA DEL FAMIGLIARE)

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di implantologia. Viene previsto un massimale di € 3.300,00 (tremilatrecento/zerozero) per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo.

Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società**;
- le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto**;
- ai fini liquidativi **dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.**

19.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

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

19.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un **sottomassimale** annuo di € 1.300,00 (milletrecento/zerozero) nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

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

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

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto 9.3 "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del **sottomassimale** di € 1.300,00 (milletrecento/zerozero) previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

19.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un **sottomassimale** annuo di € 700,00 (settecento/zerozero) nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

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

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

20. AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia o per avulsione dei denti del giudizio) (GARANZIA OPERANTE A PARTIRE DAL SECONDO ANNO DI COPERTURA CONTINUATIVA DEL FAMILIARE)

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società;
 - le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;
 - nel caso di prestazioni di implantologia: ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.
 - nel caso di avulsioni dei denti del giudizio: ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'avulsione.
- Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

21. ORTODONZIA - GARANZIA OPERANTE SOLO PER I FIGLI CON ETÀ MAGGIORE DI 15 ANNI A PARTIRE DAL SECONDO ANNO DI COPERTURA CONTINUATIVA DEL FAMILIARE

La Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche anche di tipo diagnostico.

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

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 500,00 (cinquecento/zerozero) per persona.

→ **Si specifica che** la garanzia è valida per il solo figlio inseribile in copertura come descritto all'art. 2. "persone assicurate" e partire dal secondo anno di inclusione (continuativo) in copertura.

22. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste dai singoli pacchetti devono essere effettuate in un'unica soluzione.

A - Prevenzione cardiovascolare

Eta' minima 40 anni

donna/uomo,

Spesa massima autorizzata €170,00 per gli iscritti di entrambi i sessi e di ogni età che si sottopongano ai seguenti accertamenti:

a) diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Trigliceridi
- Omocisteina

b) indagini specifiche:

- Visita specialistica cardiologia
- Ecg basale

B - Prevenzione delle patologie oncologiche femminili

Per donne di età superiore a 40 anni

Spesa massima autorizzata € 140,00 per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Ca 125

b) indagini specifiche:

- Visita ginecologica e pap test
- Esame mammografico (per questo accertamento preventivo è richiesta la prescrizione in applicazione del Decreto Attuativo 187/2000, ancorché indicante "controllo e/o screening e/o check-up")
- Ecografia pelvica

C - Prevenzione delle patologie oncologiche maschili Per

uomini di età superiore a 45 anni

Spesa massima autorizzata € 140,00 per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ed ematochimica basata su:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale ed Hdl

b) indagini specifiche:

- Visita specialistica urologia
- Ecografia prostatico vescicale
- Dosaggio Psa

23. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stato di Sindrome Metabolica, ancorché non ancora conclamata, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa** previa prenotazione, in un'unica soluzione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

24. SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

La Società fornirà all'assicurato, 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'Assicurato verrà contattato dalla Società (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da **effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa** previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

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

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

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari **potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.** Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

25. SERVIZIO MONITOR SALUTE

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

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 50 anni. Per attivare il Servizio, l'Assicurato dovrà compilare il "Questionario Monitor Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

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

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

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

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

L'Assicurato avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute di cui all'Art. 19.1 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

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

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

25.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Assicurati che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nell'Art.19 "Servizio Monitor Salute", la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

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

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

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

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per persona.

26. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

Qualora per una delle prestazioni appartenenti a una delle garanzie previste nel piano sanitario non sia attivabile la copertura nel piano sanitario per esaurimento del massimale o prestazione inferiore alla franchigia e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

26. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono 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.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.**

c) Pareri medici immediati

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

A - LIMITAZIONI

ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, salvo quanto previsto al punto 6.1 "Visite specialistiche e psicoterapia" e 16.1 "Visite specialistiche e psicoterapia";
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti inerenti le prestazioni di odontoiatriche/ortodontiche;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
12. gli infortuniderivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
13. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

LIMITI DI ETÀ

Fermi i limiti di età caratterizzanti le varie fasce, il limite di età massimo è da considerarsi pari al limite di età del lavoratore o titolare (75 anni) che inserisce in copertura il familiare.

**Allegato A)
ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI****QUALSIASI NEOPLASIA MALIGNA DI ORGANO OD APPARATO.**

La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da adeguata certificazione di sospetto diagnostico supportato da idoneo accertamento clinico (Citologia, Istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc).

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 sul plesso brachiale
- Intervento per ernie del disco lombo sacrali

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Tiroidectomia totale con linfadenectomia
- Resezione Esofago Cervicale
- Dissezione Radicale del Collo
- Escissione Dotto Tireoglosso

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Intervento chirurgico per Enfisema bolloso

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore
- 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)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- 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
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
- Colectomia con qualsiasi tecnica
- 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
- Intervento per prolasso rettale

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

- Isterectomia con eventuale annessiectomia
- Sacrocolpopessi per via Addominale per colpocistorettocele
- Miomectomia per via vaginale
- Interventi per endometriosi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi su legamenti, menisco e sinovia del ginocchio in artroscopia
- Meniscectomia in artroscopia
- Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
- Riparazione Cuffia dei rotatori ed acromionplastica spalla
- 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
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto
- Amputazioni di piccoli, medi e grandi segmenti

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%