



PRESTAZIONI SANITARIE
(estratto dalla polizza convenzione n. 100.717719.51)

3. RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

Grandi Interventi Chirurgici

Qualsiasi Trapianto di Organo

Testa e collo

Interventi su Naso Bocca, Faringe, Laringe per patologie oncologiche maligne
Ricostruzione della catena ossiculare dell'orecchio
Rimozione di neoplasie cerebrali (qualsiasi tecnica)
Emorragie cerebrali
Terapia chirurgica dell'epilessia
Interventi sull'ipofisi (qualsiasi tecnica)
Neurinoma dell'acustico
Asportazione di tumori glomici timpano giugulari
Tiroidectomia Totale
Rimozione di struma mediastinico
Tiroidectomia Allargata per patologie oncologiche maligne
Interventi sulle Paratiroidi in caso di neoplasia maligna
Interventi sulla parotide in caso di neoplasia maligna

Apparato visivo

Interventi per neoplasie della cavita' e del globo oculare,
Interventi di enucleazione del globo.

Torace

Interventi sul mediastino per patologie oncologiche
Patologie chirurgiche del dotto toracico
Fistole bronchiali
Neoplasie della trachea e dei bronchi
Neoplasie del polmone
Neoplasie della pleura

Mammella

Interventi chirurgici sulla mammella per patologie oncologiche maligne escluse le protesi

Apparato cardiovascolare

Tromboendarteriectomia

Interventi sui grandi vasi per via toracotomica
Interventi sulla Aorta per Aneurismi Dissecanti
Aneurismi dell'aorta addominale
Interventi per tumori cardiaci
Pericarditi di interesse chirurgico
Interventi di cardiocirurgia sia a cuore aperto sia con metodiche esterne ad esclusione degli interventi transvascolari e applicazione di dispositivi regolatori del ritmo cardiaco

Esofago e Diaframma

Resezione parziale o totale qualsiasi causa
Ricostruzione ed esofagoplastica
Interventi sul diaframma per esiti di neoplasie maligne
Ricostruzione del diaframma per lesioni traumatiche

Stomaco e duodeno

Resezione gastrica no per via endoscopica
Gastrectomia totale no per via endoscopica
Ostruzione duodenale da compressione vascolare no per via endoscopica

Parete addominale

Interventi per patologia neoplastica maligna dell'uraco e dei residui del dotto onfalo-mesenterico
Metastasi della parete addominale

Cavità peritoneale

Patologia oncologica maligna primitiva o metastatica sia del peritoneo che del retroperitoneo.
Ascite carcinomatosa

Fegato e milza

Resezione epatica
Cisti da echinococco
Ascesso epatico
Patologia oncologica maligna sia primitiva che metastatica
Splnectomia qualsiasi causa
Interventi per ipertensione portale

Vie biliari

Empiema della colecisti
Interventi per patologia oncologica maligna
Ricostruzione delle vie biliari

Pancreas

Pancreatite acuta e cronica
Ascesso pancreatico
Tumori endocrini
Interventi per altre neoplasie pancreatiche
Cisti, pseudocisti o fistole per via laparatomica

Intestino tenue

Asportazione totale o parziale per gravi patologie infiammatorie o sistemiche (Sclerodermia, Panarterite nodosa, Lupus etc)
Interventi per patologie oncologiche maligne.

Colon Retto e canale anale

Colectomia totale o parziale qualsiasi causa
Colostomia e ileostomia totale o parziale qualsiasi causa
Interventi per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica

Ginecologia

Isterectomia totale ed allargata per patologia oncologica maligna
Annessiectomia totale ed allargata per patologia oncologica maligna
Interventi su genitali esterni, vulva e vagina per patologia oncologica maligna
Mola vescicolare

Urologia

Neoplasie maligne della prostata
Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile
Neoplasie maligne dell'uretra, della vescica, dell'uretere, del rene.
Asportazione del surrene qualsiasi patologia

Midollo e Nervi periferici

Ernie discali del tratto cervicale
Neoplasie del midollo primitive o secondarie
Neoplasie maligne dei nervi periferici
Interventi sul plesso brachiale

Ossa ed articolazioni

Tubercolosi osteoarticolare di interesse chirurgico
Resezione di corpi vertebrali
Interventi di resezione ossea per gravi osteomieliti
Amputazioni di arti qualsiasi causa
Interventi per patologia oncologica maligna primitiva o secondaria
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca e ginocchio

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

La Compagnia - provvede al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Oonorari 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) Retta 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 €. 200,00 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 €. 50,00 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 90 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.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Compagnia 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 €. 1.000,00 per ricovero.

3.3 PROTESI ORTOPEDICHE

La Compagnia rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e/o applicazione di protesi ortopediche nel limite annuo di € 500,00 per persona.

3.4 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" 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 garanzia assicura 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.

3.5 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate, ad eccezione di una franchigia fissa di €. 700,00 per sinistro restante a carico dell'Assicurato, che deve essere versata da questi all'Istituto ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura":

– lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.3 "Protesi";

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

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

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 con l'applicazione di una franchigia fissa di € 1.500,00 per intervento ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

– lett. d) "Retta di degenza";

– lett. e) "Accompagnatore";

– lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.3 "Protesi";

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

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui nell'ambito territoriale indicato non siano presenti strutture sanitarie convenzionate con la Società. Diversamente, resta inteso che l'Assicurato dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate con la Società.

Il rimborso avverrà nel limite di un plafond (massimale) di € 6.000,00 per intervento.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.6 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Compagnia rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'"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".

3.6 INDENNITA' SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato non richiede alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €. 60,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

3.7 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 75.000,00 (settantacinquemila/00) per Assicurato.

4. DIAGNOSTICA E TERAPIA

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

Parte prima - Alta Diagnostica di immagine

1. Risonanza Magnetica (RM)
2. Tomografia Computerizzata (TC)
3. Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
4. Scintigrafia d'organo

Parte seconda - Terapie

1. Chemioterapia
2. Radioterapia
3. Dialisi

Parte terza - Diagnostica radiologica tradizionale

1. RX di Organo o Apparato con Contrasto
2. Clisma opaco semplice e a doppio Contrasto
3. Colangiografia

4. Colecistografia
5. Mammografia
6. Scialografia
7. Urografia
8. Tomografia (Stratigrafia) di Organi o Apparati
9. Rx colonna vertebrale totale anche senza mezzo di contrasto

Parte quarta - Ecografia

1. Ecografia con Sonda Endogena
2. Eco doppler Cardiaco compreso Color

Parte quinta - Esami Contrastografici

1. Angiografia
2. Artrografia
3. Broncografia
4. Colangiografia
5. Isterosalpingografia

Parte sesta - Diagnostica Strumentale

1. Esofagogastroduodenoscopia
2. Elettromiografia
3. Elettroencefalogramma
4. Isteroscopia Diagnostica

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.000,00 per Assicurato. 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 Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia fissa di € 75,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 80,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

5. RIMBORSO TICKET PER VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Compagnia- Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale, con l'esclusione delle visite e 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.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00 per Assicurato.

6. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

- kinesiterapia
- chiropratica
- ionoforesi
- ultrasuoni
- radar
- massoterapia
- magnetoterapia

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con Unisalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia fissa di €. 40,00 per ogni trattamento fisioterapico o ciclo di terapia.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 450,00 per Assicurato.

7. GRAVIDANZA

La Compagnia provvede al rimborso delle spese sostenute in gravidanza nel limite annuo di € 200,00 per Assicurato.

Sono comprese nella garanzia le ecografie e le analisi clinico chimiche che potranno essere effettuate, sempre a rimborso, anche nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società a tariffe agevolate (in questo caso è necessario il preventivo ricorso alla Centrale Operativa).

Nel caso in cui il massimale previsto non sia stato utilizzato completamente per le prestazioni effettuate durante la gravidanza, in occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, verrà riconosciuta all'Assicurata una indennità forfetaria pari all'importo residuo di massimale non utilizzato precedentemente.

8. PREVENZIONE BIENNALE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate con UNISALUTE indicate dalla centrale operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Prelievo venoso
- ALT
- AST
- Colesterolo totale
- Trigliceridi
- Azotemia
- Glicemia
- Creatinina
- PAP Test dopo i 40 anni
- PSA dopo i 45 anni

9. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde appositamente predisposto per il FONDO FAST dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il numero appositamente predisposto per il FONDO FAST.

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 ticket, 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 .