

Sanità artigiana



Guida al Piano sanitario FONDO SAN.ARTI.

FAMILIARI

Età da 12 MESI e 1 giorno fino a 14 ANNI

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

Per tutte le prestazioni
dell'area ricovero contattare:



dall'estero: **+39.051.6389046**

orari:
8.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì

**Guida al Piano sanitario
FONDO SAN.ARTI.
FAMILIARI
Età da 12 MESI e 1 giorno
fino a 14 ANNI**

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

La guida ha validità da gennaio 2015.

**Le prestazioni del piano
sono garantite da:**

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

UnipolSai
ASSICURAZIONI



GENERALI
Assicurazioni Generali

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 OPERANTE 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	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	11
6.1 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	12
6.2 Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico e per gli interventi aggiuntivi espressamente indicati in copertura	13
6.2.1 Trasporto sanitario	16
6.2.2 Trapianti a seguito di malattia e infortunio	16
6.2.3 Indennità sostitutiva	16
6.2.4 Limite di spesa annuo dell'area ricovero per grande intervento chirurgico e per gli interventi aggiuntivi espressamente indicati in copertura	17
6.3 Prestazioni di alta specializzazione	17
6.4 Visite specialistiche	19
6.5 Visita specialistica oculistica	20
6.6 Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, indagini genetiche ed esami di laboratorio genetico molecolare	21
6.7 Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso	21
6.8 Indagini genetiche ed esami di laboratorio genetico molecolare	21
6.9 Plantari ortopedici	23
6.10 Prestazioni odontoiatriche particolari per i figli con età fino ai 12 anni compiuti	24
6.11 Ortodonzia – Garanzia operante a partire dal 2° anno di copertura continuativa del figlio	24
6.12 Prestazioni a tariffe agevolate per ortodonzia	25
6.13 Servizi di consulenza	26
7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	27
8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	28
8.1 Estensione territoriale	28
8.2 Limiti di età	28
8.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	29
ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	30

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 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile.

Assistenza

L'aiuto, in denaro o in natura, fornito all'Isritto 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

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'Isritto,

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.

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, radiografie, esami strumentali diagnostici e 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 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.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati 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

Lavoratore

Con il termine "lavoratore" si intende il soggetto iscritto al Fondo (dipendente, titolare, socio, collaboratore).

Limite di spesa

L'importo stabilito nelle specifiche coperture del Piano sanitario che rappresenta la spesa massima che il Fondo si impegna a prestare nei confronti dell'Isritto 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'Isritto.

P

Piano sanitario

Il documento che prova la copertura.

R

Retta di degenza

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

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'Isritto che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Isritto 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.

Con la “Guida al Piano sanitario Fondo SAN.ARTI.” intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo, e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della Guida troverà, quindi, l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano.

La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

2.1 I servizi on line su www.sanarti.it

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 immediatamente se la prestazione richiesta è coperta dal Piano sanitario e 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 trattamento.

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 (servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del piano. 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, ferma 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, a eccezione di minimi non indennizzabili previsti dalle singole coperture. Tale meccanismo è in grado di garantire ulteriormente forti sconti e agevolazioni agli Iscritti, anche per le prestazioni che non siano coperte dal Piano sanitario Fondo SAN.ARTI.

le persone per le quali è operante la copertura

In virtù dell'accordo interconfederale del 29/07/2013 e del 25/10/2013 possono volontariamente iscriversi al Fondo i familiari dei Lavoratori già iscritti a SAN.ARTI. Il presente Piano sanitario è riservato a favore dei figli con età compresa tra 12 mesi e 14 anni, tutti risultanti nello stato di famiglia.

I figli possono beneficiare della copertura sanitaria a condizione che siano iscritti al Fondo tutti i familiari compresi nel nucleo familiare.

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 occorre 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'Isritto 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 Isritti al Fondo SAN.ARTI. un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

Le convenzioni prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla società, e dunque agli Isritti al Fondo SAN.ARTI.

L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile su www.sanarti.it. L'Isritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni **vantaggi** rilevanti utilizzando le strutture convenzionate per le prestazioni che lo prevedono:

- 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, ad eccezione di minimi 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'Isritto sta prenotando è coperta dal Piano sanitario e se i medici scelti sono convenzionati. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'Isritto riceverà, a mezzo telefono, e-mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Nell'impossibilità di accedere al sito e nei

casi di ricovero l'Isritto 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 dunque 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'Isritto 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'Isritto 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 dovrà 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, a occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, che vengono pagate direttamente dall'Isritto);
- 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 in precedenza enunciati e per le coperture che prevedono l'utilizzo della rete di strutture convenzionate;
- in caso di **prestazione extraricovero**, l'Isritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Isritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa nelle 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 on line, l'Isritto 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

Per garantire all'Isritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano sanitario prevede anche la facoltà dell'Isritto di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI., 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'Isritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Isritto 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, 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'Isritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Isritto stesso avrà fornito.

L'Isritto 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'Isritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni 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'Isritto potrà verificare la sua posizione sempre aggiornata relativamente alla documentazione che ci 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'Isritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., qualora sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Isritto. Per richiedere il rimborso occorre seguire le modalità descritte nel paragrafo precedente.

5.5 Contatti degli uffici del Fondo SAN. ARTI.

Quando l'Isritto 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 12.30.

le prestazioni del Piano sanitario

6

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:

- intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico (Allegato A) e per gli interventi aggiuntivi espressamente indicati in copertura;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- visita oculistica;
- ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- indagini genetiche ed esami di laboratorio genetico molecolare (per le patologie espressamente 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;
- prestazioni a tariffe agevolate per ortodonzia;
- servizi di consulenza.

6.1 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle seguenti prestazioni.

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 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 e accertamenti diagnostici durante l'intervento chirurgico. Sono compresi nella copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
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 copertura i medicinali prescritti dal medico curante. Tutte le spese saranno in copertura solo se attinenti all'intervento chirurgico effettuato.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture 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'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo SAN.ARTI. per il tramite della società alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto.

Esempio:

Insieme di fatture inerenti un intervento chirurgico ambulatoriale (intervento chirurgico, post-ricovero) per un totale di € 250,00.

Il Fondo SAN.ARTI. per il tramite di UniSalute paga direttamente alla struttura l'intero importo di € 250,00. L'isritto non avrà spese a suo carico.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:**
il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 400,00 per Isritto.

6.2 Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico e per gli interventi aggiuntivi espressamente indicati in copertura

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al 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'Isritto venga ricoverato per un grande **intervento chirurgico**, oppure per **uno dei seguenti interventi chirurgici**:

- asportazione tumore di Wilms;
- neuroblastoma addominale;
- neuroblastoma endotoracico;
- neuroblastoma pelvico;
- neurolisi per paralisi ostetrica del plesso brachiale;

potrà godere delle seguenti prestazioni:

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 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 familiare o altra persona quale, a titolo esemplificativo, infermiera, badante, amico). 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'Isritto vengono liquidate direttamente e dal Fondo SAN.ARTI. per il tramite della società alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto, ad 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'Isritto 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:**

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'Isritto;

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'Isritto.

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'Isritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. Diversamente, resta inteso che l'Isritto 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'Isritto durante il ricovero.

6.2.1 Trasporto sanitario

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 a un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

6.2.2 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 per gli interventi aggiuntivi espressamente indicati in copertura" e "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 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.

6.2.3 Indennità sostitutiva

Qualora l'iscritto non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione a 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.

Come già detto, per ricovero si intende la degenza in istituto di cura comportante pernottamento: al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'istituto di cura.

N.B.: La prima giornata di ricovero in istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'orario 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.

6.2.4 Limite di spesa annuo dell'area ricovero per grande intervento chirurgico e per gli interventi aggiuntivi espressamente indicati in copertura

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

6.3 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 che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa che 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
- Cavemosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia

- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- 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
- Vescicolodeferentografia
- 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

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

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture 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 alleggi 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 € 3.000,00 per iscritto

6.4 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) debbono 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 esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture 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 alleggi 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 € 300,00 per l'Iscritto.

6.5 Visita specialistica oculistica

Il Fondo SAN.ARTI. provvede al pagamento di una visita specialistica oculistica all'anno per ogni l'Iscritto con un'età compresa tra 2 e 6 anni. Per l'attivazione della presente copertura non sono necessarie né la prescrizione medica né la patologia.

N.B.: La presente copertura è operante esclusivamente in 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, senza importi a carico dell'Iscritto.

Esempio:

Visita oculistica di € 100,00. Il Fondo SAN.ARTI. per il tramite della società paga direttamente alla struttura convenzionata l'intero importo di € 100,00. L'Iscritto non avrà spese a suo carico.

6.6 Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, indagini genetiche ed esami di laboratorio genetico molecolare

La disponibilità annua per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo "Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, indagini genetiche, esami di laboratorio genetico molecolare" è di € 300,00 per l'Iscritto.

6.7 Ticket 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 alleggi alla copia del ticket la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

6.8 Indagini genetiche e esami di laboratorio genetico molecolare

Il Fondo SAN.ARTI. provvede al pagamento delle spese per indagini genetiche relative all'accertamento della presenza delle sottostanti malformazioni espressamente indicate in tabella.

N.B.: La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture 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 € 20,00 per ogni prestazione (prelievo), che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la documentazione riportata in tabella.

- Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale: il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

Esempio:

Fattura di € 150,00 – € 20,00 (somma che l'Isritto verserà alla struttura all'emissione della fattura) = € 130,00 somma versata dal Fondo SAN.ARTI. per il tramite della società alla struttura.

TIPO MALFORMAZIONE	DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER L'ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA/ LIQUIDAZIONE
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 familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
ATASSIA DI FRIEDREICH	Referto specialistico e/o elettromiografia precedentemente effettuata e/o documentazione clinica di familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
ATASSIA-TELEANGECTASIA (AT)	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
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 familiare 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 familiare eventualmente affetto dalla medesima
DEFICIT DI ACIL -CoA DEIDRONENASI (MCDA DEFICIT)	Referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
SORDITÀ 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 5 ALFAREDUTTASI	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

6.9 Plantari ortopedici

Il Fondo SAN.ARTI. rimborsa le spese per l'acquisto di plantari ortopedici. Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 50,00 per Isritto.

6.10 Prestazioni odontoiatriche particolari per i figli con età fino ai 12 anni compiuti

Per gli Iscritti fino ai 12 anni compiuti, il Fondo SAN.ARTI. provvede al pagamento delle spese per le prestazioni odontoiatriche qui di seguito specificate:

- sigillatura: una volta l'anno per Iscritto;
- fluorazione: una volta l'anno per Iscritto.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:**
il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Esempio:

Fattura per una sigillatura di € 50,00. Il Fondo SAN.ARTI. per il tramite della società paga direttamente alla struttura l'intero importo di € 50,00. L'Iscritto non avrà spese a suo carico.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. e effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture 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 ed integralmente dal Fondo SAN.ARTI., per il tramite della società, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

6.11 Ortodonzia – Garanzia operante a partire dal 2° anno di copertura continuativa del figlio

Il Fondo SAN.ARTI. provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche anche di tipo diagnostico.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI. ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture 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 ed integralmente dal Fondo SAN.ARTI., per il tramite della società, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

Esempio:

Fattura per apparecchio ortodontico di € 180,00. Il Fondo SAN.ARTI. per il tramite della società paga direttamente alla struttura l'intero importo di € 180,00. L'Iscritto non avrà spese a suo carico.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale:**
il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 200,00 per Iscritto.

Si specifica che:

- è altresì prevista una visita specialistica ortodontica l'anno se propedeutica a eventuali prestazioni ortodontiche. **Tale visita è effettuabile esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato** da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI.;
- la copertura "Ortodonzia" è valida per il solo figlio inseribile in copertura come descritto al capitolo "Le persone per cui è operante la copertura" e partire dal II° anno di inclusione (continuativa) in copertura.

6.12 Prestazioni a tariffe agevolate per ortodonzia

Qualora per una delle prestazioni appartenenti alla copertura di cui al paragrafo "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 limite di spesa annuo e rimanga a totale carico dell'Iscritto, 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 agevolate riservate agli Iscritti da UniSalute per il Fondo SAN.ARTI., con conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.13 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 **+39.051.6389046**

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- ubicazione e specializzazioni delle 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

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; nel nostro caso 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 Piano sanitario;
- 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 paragrafi "Prestazioni odontoiatriche particolari per i figli con età fino ai 12 anni compiuti" e "Ortodonzia – Garanzia operante a partire dal secondo anno di copertura del figlio";
- 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 Piano sanitario);
- 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'iscritto 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 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 e 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.

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.

alcuni chiarimenti 8 importanti

8.1 Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

8.2 Limiti di età

La presente copertura è valida da 12 MESI e 1 giorno fino a 14 ANNI di età. L'Iscritto, alla prima scadenza annua, transiterà nella copertura "età maggiore-uguale a 15 ANNI fino al LIMITE DI ETÀ PENSIONABILE DEL LAVORATORE".

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, 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 E 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

Il Piano sanitario prevede la copertura per le spese legate a grandi interventi chirurgici relativi a qualsiasi neoplasia maligna di organo o apparato. La diagnosi per la presa in carico e il successivo rimborso dovranno essere supportati da certificazione biptica 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 e interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- Odontocheratoprosi

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 echinococchi 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 dell'arteria carotide e dell'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 echinococchi 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
- Sacrocolpopsi 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 a 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 contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve 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*

