



DIPENDENTI

Numero Diretto
06-8295 8295

Fondo FASDA

GUIDA AL PIANO SANITARIO

In vigore da Gennaio 2026

FASDA

Fondo integrativo di Assistenza Sanitaria
per i dipendenti dei Servizi Ambientali



Fondo integrativo di Assistenza Sanitaria
per i Dipendenti dei Servizi Ambientali

Guida al Piano Sanitario

per i dipendenti delle aziende aderenti

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

Le prestazioni del Piano sono garantite da:

FASDA

in collaborazione con:

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Si Salute
PIÙ SERVIZI PER LA TUA SALUTE

**PER LE PRENOTAZIONE DI VISITE SPECIALISTICHE
E/O RIMBORSO TICKET**

puoi accedere all'area riservata collegandoti al sito

www.fasda.it

attivo 24h, 365 giorni l'anno

Per le tematiche relative alle prestazioni sanitarie
il Fondo Fasda è disponibile telefonicamente
dal lunedì al venerdì al seguente orario:

09.00-13.00 / 13.30-17.00

dall'Italia **06 82958295**

dall'estero **0039 06 82958295**

**PER TUTTE LE ALTRE PRENOTAZIONI
DIVERSE DALLE VISITE SPECIALISTICHE:**

puoi prenotare tramite il sito:

www.unisalute.it

attivo 24h, 365 giorni l'anno

oppure tramite all'App:

UniSalute

attiva 24h, 365 giorni l'anno

oppure contattare il Fondo Fasda:

06-82958295

dal lunedì al venerdì, dalle 8.30-19.30

Dall'Estero contattare la centrale operativa
anteponendo il prefisso internazionale dell'Italia:

0039 051 6389046

**dal lunedì al venerdì dalle 8.30-19.30
(orario Italiano)**

1. SOMMARIO

2. BENVENUTO	7
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	7
3.1. Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per il Fondo FASDA	7
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata	9
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	10
4. SERVIZI ONLINE E MOBILE	11
4.1. Il sito Fasda	11
4.2. Indicazioni del sito SIFASDA	11
4.3. Come prenoto online le visite specialistiche in strutture convenzionate SiSalute?	12
4.4. Il sito di UniSalute	12
4.4.1 Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	13
4.4.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni, diverse da visite specialistiche, presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA?	13
4.4.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati nel sito di Unisalute?	14
4.4.4 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	15
4.4.5 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso nel sito di Unisalute?	15
4.4.6 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute/SiSalute per il Fondo FASDA?	16
4.4.7 Come posso ottenere pareri medici?	16
4.5. L'app UniSalute?	16
4.5.1 Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	17
4.5.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA?	17
4.5.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	18
4.5.4 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	18

4.5.5 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione ticket?	19
4.5.6 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso Ticket?	19
4.5.7 Come faccio a chiedere il rimborso per una visita specialistica effettuata fuori dalla rete convenzionata?	20
5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	20
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	20
6.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo “Elenco interventi chirurgici”)	22
6.1.1 Trasporto sanitario	24
6.1.2 Trapianti	24
6.1.3 Accertamenti endoscopici operativi	25
6.1.4 Interventi per la correzione dei difetti visivi	25
6.1.5 Neonati	26
6.2. Parto e aborto terapeutico o spontaneo	26
6.2.1 Parto cesareo	26
6.2.2 Parto non cesareo, aborto terapeutico o spontaneo	27
6.3. Ospedalizzazione domiciliare	27
6.4. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo “Elenco interventi chirurgici”), parto e aborto terapeutico o spontaneo	28
6.4.1 Il limite di spesa annuo dell’area ricovero	28
6.5. Indennità sostitutiva da gravi eventi morbosì (come da Elenco C - elenco patologie di importanza rilevante - gravi eventi morbosì)	28
6.6. Prestazioni e accertamenti di alta specializzazione	29
6.7. Visite specialistiche	32
6.8. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso	34
6.9. Pacchetto maternità	35
6.10. Trattamenti fisioterapici riabilitativi	36
6.11. Prestazioni di implantologia	38
6.12. Avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia)	39
6.13. Cure dentali da infortunio	39

6.14. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	41
6.15. Cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia	43
6.16. Prestazioni odontoiatriche particolari	44
6.17. Lenti e occhiali	45
6.18. Vaccino per Herpes Zoster, Meningococco e HPV	46
6.19. Infiltrazioni	46
6.20. Diagnosi comparativa	47
6.21. Sindrome metabolica	48
6.22. Pacchetto prevenzione	50
6.23. Procreazione medicalmente assistita	51
6.24. Servizio Monitor Salute	52
6.24.1 Accertamenti diagnostici per patologie croniche	54
6.25. Prestazioni a tariffe agevolate	55
6.26. Servizi di consulenza	55
6.27. Critical illness	56
6.27.1 Carenza	60
6.27.2 Obblighi dell'Iscritto in caso di sinistro	60
6.27.3 Termine per l'indennizzo	61
6.28. Counseling psicologico	61
6.29. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente	62
6.29.1 Oggetto della copertura	62
6.29.2 Definizione dello stato di non autosufficienza consolidato/permanente	62
6.29.3 Condizioni di associabilità	65
6.29.4 Somma mensile garantita	66
6.29.5 Termine per l'indennizzo	66
6.29.6 Modalità di riconoscimento del risarcimento/ dell'erogazione di servizi di assistenza	66
6.29.6.1 Erogazione diretta della prestazione di assistenza e costruzione del Piano Assistenziale individualizzato (di seguito PAI)	67
6.29.6.2 Richiesta di indennità mensile vitalizia	69
6.29.7 Piano assistenza individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / rimborso spese in caso di permanenza in rsa	69
6.29.8 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della società	74

6.29.9 Erogazione diretta della prestazione di assistenza e costruzione del piano assistenziale individualizzato (di seguito PAI)	77
6.29.10 Richiesta del risarcimento del danno subito	78
6.29.11 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	78
6.30. Stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni	79
6.30.1 Oggetto della copertura	79
6.30.2 Condizioni di associabilità	79
6.30.3 Somma garantita	80
6.30.4 Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea	80
6.30.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte della società	81
6.30.6 Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza	84
6.30.7 Erogazione diretta della prestazione di assistenza	84
6.30.8 Richiesta di rimborso spese	84
6.30.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	86
6.31. Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie	86
7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	88
8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	91
8.1. Estensione territoriale	91
8.2. Limiti di età	91
8.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	91
9. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI	92

2. BENVENTO

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per l’utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti dal Fondo Fasda

Su www.fasda.it, hai a disposizione un’area riservata dedicata dalla quale puoi procedere alla prenotazione delle Visite Specialistiche e alla richiesta del rimborso totale dei Ticket sanitari previsti dal piano sanitario.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un’**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1 Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute/SiSalute per il Fondo FASDA

Il Fondo FASDA, attraverso Unisalute e SiSalute, ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it e www.fasda.it nell’Area riservata o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra il Fondo FASDA, UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata dal Fondo FASDA, attraverso Unisalute**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Il Fondo FASDA, attraverso Unisalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario o nel caso in cui il tuo massimale rimanente non copra il costo della prestazione.

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato da UniSalute per il Fondo FASDA. Utilizza la funzione di Prenotazione nell'area riservata del sito www.fasda.it per le visite specialistiche e sul sito www.unisalute.it per tutte le altre prestazioni, è comodo e veloce!

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata

Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole coperture del Piano sanitario.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a **Fondo Fasda – presso Unisalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via larga 8 – 40138 Bologna BO**, diversamente tramite PEC unisalute@pec.unipol.it, la documentazione necessaria:

di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero dovuto a intervento chirurgico**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **indennità sostitutiva**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) **in COPIA** in cui risulti il quietanziamiento. Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da UniSalute.

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo FASDA avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata e previa consegna della documentazione di cui sopra.

È bene sapere che dovrai consentire controlli medici eventualmente disposti dal Fondo FASDA e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi".

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

4.1. Il sito Fasda

Sul sito www.fasda.it, all'interno dell'Area riservata puoi:

- Chiedere il rimborso totale dei ticket sanitari previsti dal piano sanitario e verificarne lo stato di lavorazione;
- Chiedere il rimborso di fatture per visite specialistiche effettuate fuori dalla rete convenzionata;
- Consultare le prestazioni del piano sanitario;
- Consultare l'elenco delle strutture convenzionate più vicine;
- Prenotare una visita specialistica presso le strutture convenzionate con SISalute e ricevere la conferma dell'appuntamento;
- Visualizzare i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- Consultare il riepilogo degli appuntamenti;
- Disdire/modificare una prenotazione.

4.2. Indicazioni del sito SIFASDA

Registrati al portale SIFASDA dal sito www.fasda.it, nella sezione “area riservata” clicca su “registra come lavoratore”, inserisci i tuoi dati anagrafici e quelli della tua azienda e clicca su “invia registrazione”, in seguito riceverai la mail con il link dove potrai confermare ed ultimare la registrazione.

Da questa sezione potrai fare anche la richiesta di recupero password nel caso l'avessi smarrita, ricorda che la username è sempre il tuo codice fiscale.

All'interno del portale potrai anche verificare le strutture convenzionate dove poter prenotare le visite specialistiche, ti basterà recarti sul portale “prenotazioni visite specialistiche” e cliccare sulla voce “strutture convenzionate” sotto il menù “prenotazioni”.

4.3. Come prenoto online le visite specialistiche in strutture convenzionate SISalute?

Collegati all'area riservata del SIFASDA, vai nella sezione:

- Prenotazioni visite specialistiche;
- Nuova prenotazione.

Compila il form inserendo:

- Numero della ricetta;
- Tipo di prestazione;
- Quesito diagnostico.

Cliccando sul tasto “Richiedi Prenotazione” verrai indirizzato nella pagina dove potrai scegliere la struttura convenzionata che preferisci e il giorno dell'appuntamento.

Riceverai subito una mail di conferma presa in carico e, in seguito, la mail con l'autorizzazione “SISL” da presentare direttamente alla struttura il giorno della prestazione.



Ricorda che per autorizzare l'appuntamento della tua visita specialistica sono necessarie almeno 48h di preavviso .

4.4. Il sito di UniSalute

Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA tutte le prestazioni, eccetto le visite specialistiche, (gestite direttamente dal Fondo Fasda) previste dal tuo Piano sanitario non connesse ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare i tuoi dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;

- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate** da UniSalute per il Fondo FASDA;
- ottenere **pareri medici**.

4.4.1 Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione "Registrati" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.

Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Hai bisogno di aiuto?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.4.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni, diverse da visite specialistiche, presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA tutte le prestazioni, eccetto le visite specialistiche, previste dal tuo Piano sanitario.

- Chiedere la prenotazione a UniSalute comunicando le tue disponibilità;
- prenotare in autonomia e comunicare l'appuntamento ad Unisalute;

- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.

Ricordati sempre di avere l'autorizzazione “UNID” prima di recarti in struttura.



Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

4.4.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati nel sito di Unisalute?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area “Aggiorna dati”**. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata da UniSalute per il Fondo FASDA con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto rimborso.

4.4.4 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione “Rimborsi” e seleziona la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!**

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **Fondo FASDA - presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO**.

4.4.5 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso nel sito di Unisalute?

Entra nell'Area clienti e accedi alla sezione “Estratto conto”.

L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante e fare l'upload dei documenti, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

4.4.6 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute/SiSalute per il Fondo FASDA?

Esegui il Login al sito www.unisalute.it cliccando su Entra/Login e accedi all'area “Prestazioni e strutture convenzionate”, oppure al sito www.fasda.it cliccando su Login e accedi all'area:

- Prenotazioni visite specialistiche;
- Prenotazioni;
- Strutture convenzionate.

4.4.7 Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione “il medico risponde”, attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

4.5. L'app UniSalute?

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA: puoi chiedere di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando

semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;

- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. E' possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesti;
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

4.5.1 Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute Up" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito www.unisalute.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

UniSalute PER TE

Accedi alla sezione PER TE per leggere news e articoli del Blog InSalute: sarai sempre aggiornato sui temi che riguardano la salute e il benessere!

4.5.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA?

Attraverso l'app puoi prenotare presso le strutture convenzionate accertamenti diagnostici/esami.

Una volta entrato nell'app compila in modo rapido l'apposito form su "**Prenotazioni**" e visualizza tutti i dettagli relativi alla prenotazione.

Puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata da UniSalute per il Fondo FASDA e poi comunicarlo velocemente a UniSalute.

In tutti i casi UniSalute verifica in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate. Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

4.5.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.

Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

4.5.4 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.

Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la

valutazione e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

Integra la documentazione mancante

Nella sezione “**concludi**” puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l’upload di documentazione integrativa. Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

4.5.5 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione ticket?

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell’iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l’iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall’iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria “Area Riservata/Portale rimborsi”.

4.5.6 Come faccio a consultare l’estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso Ticket?

Nell’omonima sezione del sito www.fasda.it puoi consultare l’estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati. L’aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull’iter del rimborso grazie a tempestive notifiche. Per ogni documento sono indicati i dati identificativi del documento stesso e l’importo. Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione

e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con documenti mancanti.

4.5.7 Come faccio a chiedere il rimborso per una visita specialistica effettuata fuori dalla rete convenzionata?

A partire dal 1° gennaio 2025 il Fondo FASDA rimborsa le fatture per visite specialistiche effettuate fuori dalla rete convenzionata fino ad un massimo importo di € 60,00. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della prescrizione elettronica del medico curante, antecedente alla data della prestazione, contenente la patologia presunta o accertata e la copia della fattura emessa dalla struttura. La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo www.fasda.it nella propria “Area Riservata/Portale rimborsi/Rimborsuale Visite Private”. Il termine ultimo per l'invio delle richieste di rimborso è il 31 marzo dell'anno successivo dall'erogazione della prestazione.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore dei dipendenti con contratto a tempo indeterminato anche i dipendenti assunti con contratto a tempo determinato non inferiore a 12 mesi (sia a tempo pieno che a tempo parziale con orario di lavoro almeno pari al 50% del normale orario di lavoro a tempo pieno), non in periodo di prova, compresi gli apprendisti, delle aziende che applicano il CCNL dei Servizi Ambientali iscritti a Fondo Fasda.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti prestazioni:

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo “Elenco interventi chirurgici”);
- parto e aborto terapeutico o spontaneo;
- ospedalizzazione domiciliare;
- prestazioni e accertamenti di alta specializzazione;
- visite specialistiche e altre prestazioni diagnostiche;
- ticket sanitari per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso;
- pacchetto maternità;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- prestazioni di implantologia;
- avulsione fino ad un massimo di 4 denti (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia);
- cure dentarie da infortunio;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- lenti e occhiali;
- vaccini per Herpes Zoster, Meningococco e HPV;
- diagnosi comparativa;
- sindrome metabolica;
- pacchetto salute;
- procreazione medicalmente assistita;
- servizio Monitor Salute;
- critical illness;
- counseling psicologico;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
- grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie.

AREA RICOVERO

6.1. Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo “Elenco interventi chirurgici”)

Per interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo capitolo “Elenco interventi chirurgici”.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l’Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 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, 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, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 400,00 al giorno.
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, la copertura è

	prestata nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 40 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 70,00 al giorno per un massimo di 40 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 100 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.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo FASDA**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

La presente modalità di erogazione delle prestazioni è operante esclusivamente qualora l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA.

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate **nel limite di un plafond pari a € 12.000,00 per intervento**, senza

l'applicazione di alcun importo a carico dell'Iscritto ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionata da UniSalute per il Fondo FASDA 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.

- **In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Fondo FASDA rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Iscritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva di cui al paragrafo "Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo "Elenco interventi chirurgici"), parto e aborto".

6.1.1 Trasporto sanitario

Il Fondo FASDA rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto 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 **€ 2.000,00** per ricovero.

6.1.2 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo FASDA rimborsa le spese previste ai paragrafi "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo "Elenco interventi chirurgici")" 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 copertura 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.

6.1.3 Accertamenti endoscopici operativi

Nel caso di accertamenti endoscopici operativi, il Fondo FASDA provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo "Elenco interventi chirurgici)", con i relativi limiti in essi indicati, per gli esami di seguito elencati:

- Esofagogastroduodenoscopia diagnostica / Gastroscopia
- Pancolonscopia diagnostica / Colonscopia
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica
- Tonografia
- Cistoscopia diagnostica

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 2.000,00 per persona.**

6.1.4 Interventi per la correzione dei difetti visivi

Il Fondo FASDA provvede al pagamento delle spese per gli interventi di chirurgia refrattiva, nonché i trattamenti con laser ad eccimeri qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.

La presente copertura è operante esclusivamente per gli Iscritti con età compresa tra i 25 anni compiuti e i 40 anni compiuti.

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

6.1.5 Neonati

Il Fondo FASDA provvede al pagamento delle spese per interventi **effettuati nel primo anno di vita del neonato** per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero. Gli interventi sopra elencati sono in copertura anche se il neonato non è iscritto al momento della nascita

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 13.000,00 per neonato.**

6.2. Parto e aborto terapeutico o spontaneo

6.2.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Fondo FASDA provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi “Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo “Elenco interventi chirurgici”) punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 2.000,00** per anno associativo e per persona, sia in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA che in strutture non convenzionate. In questo caso

non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”.

6.2.2 Parto non cesareo, aborto terapeutico o spontaneo

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico o spontaneo, il Fondo FASDA provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi “Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo “Elenco interventi chirurgici”) punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “Post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al paragrafo “Ricovero in istituto di cura dovuto per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo capitolo “Elenco interventi chirurgici”), punto “Post-ricovero”, e “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 2.000,00** per anno associativo e per persona, sia in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”.

6.3. Ospedalizzazione domiciliare

Il Fondo FASDA, per un periodo di **120** giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dal Piano sanitario e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

- La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse. Verrà concordato il programma medico/riabilitativo con l’Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 10.000,00 per persona.**

6.4. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati ai successivi capitoli “Elenco A-interventi chirurgici” e “Elenco B-interventi di Artroprotesi e Artrodesi”), parto e aborto terapeutico o spontaneo

Qualora l’Iscritto non richieda alcun rimborso al Fondo FASDA, né per il ricovero (per intervento chirurgico, parto e aborto terapeutico o spontaneo) né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di **€ 200,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **150** giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell’indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all’interno dell’Istituto di cura.

6.4.1 Il limite di spesa annuo dell’area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 120.000,00** per persona. Questo significa che se durante l’anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

6.5. Indennità sostitutiva da gravi eventi morbosi (come da Elenco C - elenco patologie di importanza rilevante - gravi eventi morbosi)

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo FASDA, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni notte di ricovero fino al **30° giorno di ricovero**.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

AREA EXTRARICOVERO

6.6. Prestazioni e accertamenti di alta specializzazione

Il Fondo FASDA provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/ Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia

- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx tutte
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urea Breath test per la ricerca di HP
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Winsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Ecocolordoppler dei vasi del collo
- Ecocolordoppler venoso e arterioso arti inferiori
- Ecografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Epiluminescenza
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Mappatura dei nei
- PET
- Polisonnografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Holter pressorio
- MOC
- Amniocentensi per donne maggiori di 35 anni
- Prelievo dei villi coriali
- Esofagogastroduodenoscopia diagnostica
- Pancolonscopia diagnostica

- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica
- Tonografia
- Cistoscopia diagnostica

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

N.b: Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo FASDA garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio rimarrà a carico dell'Iscritto. Le colonoscopie e gastroscopie operative prevedono specifica garanzia di cui al precedente punto "Colonoscopie e gastroscopie operative" (vd paragrafo 6.1.3 accertamenti endoscopici operativi).

Modalità di erogazione gestite da Unisalute per Fondo Fasda

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo FASDA**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

La presente modalità di erogazione delle prestazioni è operante esclusivamente qualora l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA.

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 15.000,00 per persona.**

Modalità di erogazione gestite direttamente da Fondo Fasda

- In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi".

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

6.7. Visite specialistiche

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

Le visite ostetriche rientrano esclusivamente nel pacchetto maternità. Rientra in copertura, annualmente, esclusivamente una sola visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Modalità di erogazione gestite direttamente dal Fondo FASDA per il tramite di SiSalute

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato
da SiSalute per il Fondo FASDA**

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di SiSalute, alle strutture stesse, senza l’applicazione di importi a carico dell’Iscritto.

Ove previsto, rimane a carico dell’iscritto l’importo della marca da bollo pari a € 2,00. L’Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione elettronica del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- In caso di domicilio in una provincia priva di strutture sanitarie
convenzionate da SiSalute**

La presente modalità di erogazione delle prestazioni è operante esclusivamente qualora l’Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente dal Fondo FASDA previa autorizzazione da parte di SiSalute.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall’iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria “Area Riservata/Portale rimborsi– Rimborso/ Provincia Scoperta”

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale fuori dalla rete
convenzionata SiSalute/Rimborso visite private.**

Dal 1° gennaio 2025 per le visite effettuate fuori la rete convenzionata il Fondo FASDA rimborsa fino ad un massimo importo di € 60,00. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l’iscritto alleghi la copia della prescrizione elettronica del medico curante, antecedente alla data della prestazione, contenente la patologia presunta o accertata e la copia della fattura emessa dalla struttura.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi/ Rimborsuale Visite Private". Il termine ultimo per l'invio delle richieste di rimborso è il 31 marzo dell'anno successivo all'erogazione della prestazione

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 1.200,00 per persona.**

- **In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi".

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

6.8. Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

Modalità di erogazione gestite direttamente da Fondo Fasda

- **In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi".

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

6.9. Pacchetto maternità

Il Fondo FASDA, con finalità di tutela della maternità, provvede al pagamento delle spese a seguito presentazione di certificato attestante lo stato di gravidanza per:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 in caso di gravidanza a rischio);
- Ecografie;
- Analisi chimico cliniche;
- Amniocentesi e villocentesi: per le donne dai 35 anni di età tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione, mentre per le donne minori di 35 anni di età sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 2° grado o nel caso di patologie sospette.

Modalità di erogazione gestite da Unisalute per Fondo Fasda

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo FASDA**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

La procedura per la richiesta di rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito www.unisalute.it accedendo alla propria area riservata o nell'App Unisalute

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 1.200,00 per persona.**

Modalità di erogazione gestite direttamente da Fondo Fasda

- In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata. La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi".

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

6.10. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Il Fondo FASDA provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di malattia o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, semprché siano prescritti 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. Sono escluse dalla copertura prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club

ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

È prevista l'agopuntura effettuata da medico anche a fini antalgici per le seguenti patologie:

- emicrania;
- lombalgia;
- artrosi ginocchio.

Modalità di erogazione gestite da Unisalute per Fondo Fasda

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo FASDA**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

La presente modalità di erogazione delle prestazioni è operante esclusivamente qualora l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA.

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'Iscritto alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

<p>La disponibilità annua per la presente copertura è di € 400,00 per persona.</p>

Modalità di erogazione gestite direttamente da Fondo FASDA

- In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi.

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

6.11. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo FASDA provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

- La presente copertura è prestata esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscreto vengono liquidate direttamente dal

Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse **nella misura del 70%**. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 2.800,00 per persona.**

**Viene previsto un sottolimite annuo di € 950,00 nel caso
di applicazione di due impianti e un sottolimite pari a € 550,00
nel caso di applicazione di un impianto.**

Si precisa che, qualora nella medesima annualità associativa, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del relativo sottolimite previsto per due impianti (€ 950,00) al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

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

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Fondo FASDA provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l’anno.

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

- La presente copertura è prestata esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo FASDA**

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità

annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

6.13. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del piano” al punto 3, il Fondo FASDA liquida all’Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell’evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Modalità di erogazione gestite da Unisalute per Fondo Fasda

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo FASDA**

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l’applicazione di importi a carico dell’Iscritto.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

La presente modalità di erogazione delle prestazioni è operante esclusivamente qualora l’Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA.
Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

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

Modalità di erogazione gestite direttamente da Fondo Fasda

• In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi.

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

6.14. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo FASDA liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- odontoma;
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare.

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 documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

Modalità di erogazione gestite da Unisalute per Fondo Fasda

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo FASDA**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

La presente modalità di erogazione delle prestazioni è operante esclusivamente qualora l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA.

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 2.300,00 per persona.**

Modalità di erogazione gestite direttamente da Fondo Fasda

- **In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che

l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi.

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

6.15. Cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo FASDA provvede al pagamento delle spese per cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia.

Modalità di erogazione gestite da Unisalute per Fondo Fasda

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo FASDA**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse.

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato**

le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per fattura.

La procedura per la richiesta di rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito www.unisalute.it accedendo alla propria area riservata o nell'App Unisalute

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 100,00 per persona.**

Modalità di erogazione gestite direttamente da Fondo FASDA

• In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi.

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

6.16. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del piano" al punto 3, il Fondo FASDA provvede al pagamento, **nella misura del 70%**, del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari (fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA 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.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** 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'Iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo

con il Fondo FASDA, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno associativo, il Fondo FASDA attraverso UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

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

6.17. Lenti e occhiali

Il Fondo FASDA rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali e/o a contatto, inclusa la montatura.

La presente copertura si intende operante esclusivamente a fronte della prescrizione del medico oculista, o della certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus o la dicitura: acquisto primo occhiale

Nel caso di acquisto di occhiali, montatura compresa, le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura.

Nel caso di acquisto di lenti correttive a contatto, anche usa e getta, le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 50,00 per persona, applicato al complesso delle ricevute per le confezioni delle lenti acquistate nella medesima annualità associativa e inoltrate in un'unica soluzione.

La procedura per la richiesta di rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito www.unisalute.it accedendo alla propria area riservata o nell'App Unisalute.

La disponibilità per la presente copertura, esclusivamente per l'anno 2026, è di € 150,00 per persona

6.18. Vaccino per Herpes Zoster, Meningococco e HPV

Il Fondo FASDA rimborsa all’Iscritto le spese sostenute per i seguenti vaccini:

- vaccino per Herpes Zoster per i soggetti cronici debilitati;
- vaccino per Meningococco;
- vaccino HPV.45

Per l’attivazione della copertura l’Iscritto dovrà inoltrare copia della ricevuta fiscale e/o del ticket, accompagnati dalla prescrizione medica. La procedura per la richiesta di rimborso deve essere effettuata dall’iscritto direttamente sul sito www.unisalute.it accedendo alla propria area riservata o nell’App Unisalute

**La disponibilità per la presente copertura è di
€ 30,00 per singolo vaccino.**

6.19. Infiltrazioni

Il fondo Fasda rimborsa all’Assicurato le spese sostenute per infiltrazioni. 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 non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

La procedura per la richiesta di rimborso deve essere effettuata dall’iscritto direttamente sul sito www.unisalute.it accedendo alla propria area riservata o nell’App Unisalute.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 30,00 per persona.**

6.20. Diagnosi comparativa

Il Fondo FASDA dà la possibilità all’Iscritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto. Telefonando al numero verde della Centrale Operativa **06.8295.8295**, l’Iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

Il Fondo FASDA mette a disposizione dell’Iscritto i seguenti servizi:

- 1. Consulenza Internazionale.** Il Fondo FASDA rilascerà all’Iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all’analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- 2. Trova Il Medico.** Il Fondo FASDA, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l’Iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell’Iscritto.
- 3. Trova la Miglior Cura.** Qualora l’Iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute per il Fondo FASDA, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l’accettazione presso l’Istituto di cura, l’alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell’Iscritto laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L’esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all’Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L’insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per

le seguenti patologie:

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

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

6.21. Sindrome metabolica

Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e “confermare il suo invio”. Il Fondo FASDA provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Iscritto l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite

username e password.

Il Fondo FASDA fornirà all’Iscritto indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Il Fondo FASDA comunicherà l’esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull’area riservata accessibile tramite username e password. L’Iscritto verrà contattato (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l’Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, il Fondo FASDA provvederà all’organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da **effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

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

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito www.unisalute.it.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari **potranno essere fruiti dall’Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA.**

Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle in copertura, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo paragrafo. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle in copertura, all'Iscritto verrà fornito un **servizio di “fax-assistito” che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.**

6.22. Pacchetto prevenzione

Il Fondo FASDA provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA 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 devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazione previste per gli uomini e le donne:

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto

Prestazione previste per gli uomini e per le donne una volta ogni due anni:

- Visita specialistica cardiologica con elettrocardiogramma di base (ECG)

Prestazione previste per gli uomini a partire dal compimento dei 45 anni:

- PSA (Specifico antigene prostatico)
- PSA Free

Prestazione previste per gli uomini a partire dal compimento dei 50 anni:

- Visita urologica

Prestazione previste per le donne a partire dal compimento dei 24 anni:

- Visita ginecologica
- Pap test

Prestazione previste per le donne a partire dal compimento dei 40 anni:

- Mammografia con prescrizione
- Visita senologica

6.23. Procreazione medicalmente assistita

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del piano” al punto 6, il Fondo FASDA rimborsa all’Iscritta le spese extra-ospedaliere sostenute per procreazione medico assistita.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Modalità di erogazione gestite da Unisalute per Fondo Fasda

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo FASDA**

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritta vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l’applicazione di importi a carico dell’Iscritta.

La copertura è operante per le sole dipendenti donne.

**La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 1000,00 per persona.**

Modalità di erogazione gestite direttamente da Fondo Fasda

- In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi.

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

6.24. Servizio Monitor Salute

Il Servizio Monitor Salute è effettuato per il Fondo FASDA da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio offerto agli Iscritti affetti da uno o più delle seguenti patologie croniche:

- patologie croniche respiratorie (asma bronchiale e BPCO);
- ipertensione;
- diabete di tipo 2;

e rivolto agli Iscritti con età maggiore o uguale a 40 anni. Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare il "Questionario Monitor Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata alla

quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L’Iscritto compilerà il Questionario seguendo le indicazioni fornite e al termine dello stesso dovrà:

- inviare documentazione medica attestante la patologia cronica;
- sottoscrivere e inviare l’adesione al servizio e il consenso al trattamento dei dati personali;
- prescrizione medica e presa in carico beneficiario.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, Il Fondo FASDA per il tramite di SiSalute potrà contattare telefonicamente l’Iscritto al fine di concludere la procedura di compilazione.

Nel caso in cui l’Iscritto presenti i requisiti clinici prestabili per entrare in un programma di telemonitoraggio, Il Fondo FASDA per il tramite di SiSalute provvederà all’invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all’attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l’Iscritto. Il Fondo FASDA per il tramite di Unisalute, attraverso personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la patologia cronica e all’occorrenza contatterà telefonicamente l’Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L’Iscritto avrà inoltre a disposizione un plafond aggiuntivo per accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità; tali prestazioni potranno essere eseguite presso le strutture convenzionate **da Unisalute per il Fondo FASDA** di cui al punto “Accertamenti diagnostici per patologie croniche”.

L’Iscritto idoneo avrà a disposizione 2 numeri telefonici :

- per necessità di informazioni o di un confronto sui valori registrati il numero dedicato 800-244262;
- per segnalare anomalie nel funzionamento dei dispositivi o del telefono il numero dedicato 800-169009.

La presente copertura è prestata per l'intera annualità associativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di monitoraggio.

6.24.1 Accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Iscritti affetti dalle patologie croniche secondo i parametri indicati al punto “Servizio Monitor Salute”, il Fondo FASDA provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Iscritti , con le modalità sotto indicate.

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 presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Modalità di erogazione gestite da Unisalute per Fondo Fasda

- In caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per il Fondo FASDA**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASDA, per il tramite di UniSalute, alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Iscritto.

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

Modalità di erogazione gestite direttamente da Fondo Fasda

- In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture private accreditate dal SSN, il Fondo FASDA rimborsa integralmente tutti i ticket

sanitari a carico dell'iscritto, ad esclusione dei ticket per prestazioni mediche aventi finalità estetiche.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo FASDA, è necessario che l'iscritto alleghi la copia della fattura e la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

La procedura di richiesta rimborso deve essere effettuata dall'iscritto direttamente sul sito del Fondo FASDA www.fasda.it nella propria "Area Riservata/Portale rimborsi.

Non è previsto un limite annuo di rimborso spesa.

6.25. Prestazioni a tariffe agevolate

Qualora per una delle prestazioni appartenenti a una delle coperture sopra indicate non sia attivabile la copertura nel Piano sanitario per esaurimento del limite di spesa annuo o perché il costo della prestazione è inferiore al minimo non indennizzabile 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 convenzionate da Unisalute per il Fondo FASDA, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.26. Servizi di consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al **numero verde 06.8295.8295** (dall'estero prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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** da UniSalute per il Fondo FASDA.

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.

6.27. Critical illness

- Il fondo Fasda garantisce all'iscritto un importo una tantum nel caso in cui in data successiva all'inizio della copertura, subiscano un intervento rientrante nell'elenco di seguito nominato "Malattie Gravi";
- venga loro diagnosticata una patologia rientrante nell'elenco di seguito nominato "Malattie Gravi";
- si trovino in una delle condizioni rientranti nell'elenco di seguito nominato "Malattie Gravi".

La somma assicurata non potrà essere corrisposta più volte a uno stesso iscritto a seguito del ripetersi di interventi patologici o condizioni rientranti nell'elenco delle "Malattie Gravi" già indennizzate dal Fondo Fasda ai sensi della presente garanzia. Differenti interventi, patologie o condizioni, ancorché correlate, potranno dar luogo a più indennizzi. Relativamente alle Neoplasie Maligne la somma assicurata non potrà essere corrisposta più volte in caso di recidive o metastasi.

Patologie o condizioni indennizzabili:

Infarto miocardico acuto

Si intende un evento acuto che comporti la necrosi (morte cellulare) di una porzione del muscolo cardiaco quale conseguenza di una alterazione acuta dell'irrorazione sanguigna del muscolo stesso. L'evento deve essere testimoniato attraverso cartella clinica ospedaliera che documenti la diagnosi di infarto miocardico acuto secondo i criteri medico-scientifici accreditati per tale diagnosi. Viene espressamente esclusa da tale definizione l'angina.

Ictus

Si intende un danno neurologico permanente per compromissione della fisiologica perfusione ematica delle strutture nervose del sistema nervoso centrale. Il danno deve essere testimoniato da idonei reperti neuroradiologici e da cartella clinica ospedaliera che documenti la diagnosi di ictus/ stroke sia ischemico che emorragico e le relative sequele neurologiche secondo i criteri diagnostici medico scientifici accreditati per tale diagnosi. In tale definizione sono specificamente esclusi gli attacchi ischemici transitori.

Trapianto di alcuni organi e tessuti

Si intende l'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di organi o tessuti di un altro individuo con lo scopo di sostituire organi o tessuti assenti o non correttamente funzionanti.

Ai fini della presente polizza si intendono compresi unicamente i seguenti trapianti: cuore, fegato, polmone, rene, pancreas e midollo osseo (usando le cellule staminali hematopoietiche preceduta da ablazione totale del midollo osseo).

Il riconoscimento della garanzia avviene a seguito della presentazione di idonea documentazione clinica dalla quale sia evidente che il trattamento con trapianto fosse ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento dell'insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

Sono espressamente esclusi: Il trapianto di altre cellule staminali rispetto le emopoietiche e il trapianto di parti di un organo o di organi e tessuti differenti da quelli in elenco.

Angioplastica coronarica

Gli interventi chirurgici, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, finalizzati alla correzione di stenosi o altre anomalie emodinamicamente significative di uno o più vasi coronarici. Il Fondo richiederà la documentazione clinica relativa all'evento e la prova angiografica a supporto della necessità delle operazioni suddette.

Intervento chirurgico a carico delle valvole cardiache

Si intendono interventi chirurgici con tecnica a torace aperto e circolazione extracorporea, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, utili alla riparazione o alla sostituzione di una o più valvole cardiache che presentino anomalie o malfunzionamenti.

Interventi chirurgici a carico dell'aorta

Si intendono gli interventi chirurgici relativi alla necessità di correggere patologie a carico dell'aorta per stenosi, dissezione o aneurisma della stessa.

Malattia di Parkinson

Malattia neurodegenerativa per la quale, ai fini del riconoscimento, la diagnosi deve essere testimoniata attraverso idonea documentazione clinica che descriva i test, le valutazioni diagnostico-strumentali e relativi risultati coerenti con i criteri medico scientifici di diagnosi accreditati nelle linee guida internazionali specificatamente per la malattia di Parkinson. Nella definizione sono escluse altre sindromi neurologiche degenerative e malattie extrapiramidali (parkinsonismi).

Morbo di Alzheimer

Malattia neurodegenerativa per la quale, ai fini del riconoscimento, la

diagnosi deve essere testimoniata attraverso idonea documentazione clinica che descriva i test, le valutazioni diagnostico-strumentali e relativi risultati che siano previsti dai criteri medico scientifici di diagnosi accreditati nelle linee guida internazionali.

Ai fini della valutazione di tale condizione è richiesta, se non già presente nella documentazione clinica, la relazione di un medico specialista in neurologia o geriatria, redatta successivamente all'esame dei risultati di test psicotecnici (test Mini Mental Status Esame di Folstein), di tomografia assiale computerizzata (TC) e/o Risonanza Magnetica (RM).

Neoplasie Maligne

In questa categoria sono ricomprese le neoplasie sia solide che liquide comportanti la crescita, invasione e diffusione incontrollata di organi o tessuti sani da parte di cellule con caratteristiche di malignità. Si esclude ogni forma tumorale della pelle con esclusiva diffusione superficiale differenti dal melanoma.

Perdita della vista

Si intende la perdita permanente della vista in entrambi gli occhi come conseguenza di una malattia o infortunio nella misura in cui l'acuità visiva risulti minore o uguale ad 1/10 in entrambi gli occhi o nella misura in cui il campo visivo sia ridotto di arco a 20 gradi o meno a prescindere dalla corretta acuità visiva. Ai fini del riconoscimento è richiesta la presentazione di idonea documentazione clinica comprensiva degli esami diagnostico strumentali eseguiti. Il Fondo potrà richiedere per tale condizione approfondimenti ed eventuali altri esami ritenuti necessari dalla compagnia (es. potenziali visivi corticali etc.).

Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

Si intende la diagnosi di malattia neurodegenerativa del motoneurone nota in nella letteratura medica con il nome di Sclerosi Laterale Amiotrofica. Ai fini del riconoscimento la patologia deve essere

testimoniata da idonea documentazione clinica riportante gli esiti dei test ed esami diagnostico strumentali previsti dalle attuali raccomandazioni internazionali contenute nelle linee guida medico scientifiche sulla materia.

Insufficienza renale cronica severa con necessità di trattamento dialitico

Si intende con tale condizione l'insufficienza renale severa ed irreversibile di entrambi i reni che ha imposto all'Iscritto l'avvio del trattamento dialitico secondo la valutazione del medico nefrologo. Ai fini del riconoscimento della condizione è necessaria idonea documentazione clinica comprovante l'inserimento dell'Iscritto in un programma di emodialisi renale periodica e continuativa. Non sono inserite in tale definizione le insufficienze renali acute reversibili che richiedano un trattamento dialitico temporaneo.

6.27.1 Carenza

Relativamente agli stati patologici insorti precedentemente alla data di efficacia della copertura e non conosciuti dall'Assicurato, la garanzia sarà efficace per gli eventi che si manifestino decorsi 180 giorni dalla decorrenza contrattuale.

6.27.2 Obblighi dell'Iscritto in caso di sinistro

L'Iscritto o i suoi aventi causa devono presentare denuncia al Fondo entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la patologia o dalla data in cui si è verificato l'evento in elenco, corredata dalla relativa documentazione medica in loro possesso, nonché sciogliere da ogni riserbo i medici curanti.

Nella fase di accertamento dell'indennizzabilità della garanzia, L'Iscritto o i suoi aventi causa, sotto pena di decaduta della relativa prestazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dal Fondo Fasda, ai fini del predetto accertamento, nonché a

presentare le eventuali prove utili al Fondo per stabilire cause ed effetti della patologia o evento indennizzabile.

Il Fondo Fasda, infine, nei casi dubbi, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi della patologia denunciata con propri medici di fiducia, i cui costi saranno a totale carico del Fondo medesimo.

6.27.3 Termine per l'indennizzo

Il Fondo verserà l'indennizzo se l'Iscritto si trova ancora in vita dopo 30 giorni dalla data della diagnosi o dalla data dell'intervento o dalla data di insorgenza della condizione presenti nell'elenco delle "Malattie Gravi".

L'iscritto o i suoi aventi causa devono inoltrare COPIA della documentazione medica specifica a: Unisalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno

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

6.28. Counseling psicologico

Il Fondo Fasda offre un servizio di Counseling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365 gg/anno.

Ogni dipendente ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

La garanzia è operante per un massimo di 3 telefonate, elevate a 6 per le donne che hanno subito violenza.

I presenti servizi vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero 06 8295 8295.

**AREA STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA
CONSOLIDATA/PERMANENTE**

6.29. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente

6.29.1 Oggetto della copertura

Quando l'iscritto si trova in uno stato **di non autosufficienza consolidata/permanente**, come indicato al successivo punto 6.29.4 “Definizione dello stato di non autosufficienza”, il Fondo Fasda, per il tramite di Unisalute, garantisce, fintanto che l'Iscritto sarà in vita, l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria oppure eroga un massimale a risarcimento del danno subito e a rimborso delle eventuali spese sanitarie sostenute.

La scelta tra le suddette opzioni alternative tra loro deve essere effettuata dall'Iscritto al momento della denuncia del sinistro.

6.29.2 Definizione dello stato di non autosufficienza consolidato/permanente

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza permanente l'Iscritto il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Iscritto nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo il questionario di valutazione funzionale di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente “Schema per l'accertamento dell'insorgenza di non autosufficienza”).

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA		
LAVARSI		PUNTEGGIO
1° grado L'Iscritto è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo		0
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno		5
3° grado L'Iscritto necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno		10
VESTIRSI E SVESTIRSI		PUNTEGGIO
1° grado L'Iscritto è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo		0
2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi		5
3° grado L'Iscritto necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi		10
ANDARE AL BAGNO E USARLO		PUNTEGGIO
1° grado L'Iscritto è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno		0

2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5
3° grado L'Iscritto necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10
SPOSTARSI	PUNTEGGIO
1° grado l'Iscritto è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	0
2° grado l'Iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	5
3° grado l'Iscritto è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	10
CONTINENZA	PUNTEGGIO
1° grado L'Iscritto è completamente continente	0
2° grado L'Iscritto presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3° grado L'Iscritto è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10
NUTRIRSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Iscritto è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0

2° grado L'Iscritto necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: <ul style="list-style-type: none"> • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere 	5
3° grado L'Iscritto non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

6.29.3 Condizioni di associabilità

Ai fini dell'operatività della copertura, gli Iscritti devono rientrare nelle seguenti condizioni di associabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a) Lavarsi
 - b) Vestirsi e svestirsi
 - c) Andare al bagno e usarlo
 - d) Spostarsi
 - e) Continenza
 - f) Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non

- è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.29.4 Somma mensile garantita

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al precedente articolo “Definizione dello stato di non autosufficienza consolidato/permanente”, il massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sottoindicate, corrisponde a € 900,00, di cui almeno € 100,00 devono essere obbligatoriamente utilizzate per l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza per mezzo di strutture e/o personale convenzionato con Unisalute.

6.29.5 Termine per l'indennizzo

Il Fondo riconoscerà l'indennizzo se l'Iscritto si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla Compagnia dello stato di non autosufficienza.

6.29.6 Modalità di riconoscimento del risarcimento/ dell'erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte del Fondo dà diritto all'Iscritto a richiedere - entro i limiti previsti al punto “Somma mensile garantita” – l'erogazione delle prestazioni nelle forme di seguito indicate e dettagliate ai successivi punti 6.29.6.4, 6.29.6.2.

- **erogazione diretta delle prestazioni di assistenza**, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato con Unisalute e costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito P.A.I.);
- **indennità mensile vitalizia in via posticipata con cadenza quadriennale** previa presentazione del certificato di esistenza in vita emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza

o rimborso delle eventuali spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di copia fotostatica delle fatture/ricevute, da cui risulti il relativo quietanzamento, oppure documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui il Fondo considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Iscritto.

6.29.6.1 Erogazione diretta della prestazione di assistenza e costruzione del Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI)

Si prevede la presa in carico totale dell'Iscritto e l'erogazione dei seguenti servizi:

- **un servizio di Consulenza Organizzativa Socio Assistenziale:** il Case Manager effettua un'intervista telefonica al cliente non autosufficiente per raccogliere informazioni sanitarie, sociali, ed economiche ed individuare le competenze assistenziali necessarie sia pubbliche che private. Fornisce anche informazioni a carattere generale in merito alle principali gestioni burocratiche;
- **Valutazione sanitaria/clinica dell'assistito direttamente a domicilio** e raccolta di indicazioni di tipo familiare e socio/economico per la costruzione concertata del P.A.I.: ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza integrato che soddisfi tutte le necessità riscontrate:
 - viene fornita un'informativa generale valida su tutto il territorio nazionale che illustra le prestazioni messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale e i diritti a fronte di uno stato di non

- autosufficienza certificata;
 - Viene fornita una consulenza specifica del territorio di appartenenza del cliente realizzata attraverso un'intervista telefonica, atta a indirizzare il cliente e i famigliari verso i servizi preposti per le persone in stato di non autosufficienza.
- **Gestione ed organizzazione del P.A.I.:** permetterà l'attivazione delle prestazioni assistenziali/mediche che sono state valutate di concerto e ritenute necessarie e concordate con l'Iscritto/familiari dell'Iscritto rispetto anche alle reali esigenze assistenziali;
 - **Erogazione dei servizi assistenziali:** la Centrale Operativa farà da tramite tra l'Iscritto e il fornitore (ad es. Casa di Cura convenzionata con Unisalute) per creare un calendario delle prestazioni attivate e controllerà l'andamento del P.A.I. insieme al Case Manager.

Qualora l'Iscritto richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con Unisalute per il Fondo FASDA, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Iscritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate da Unisalute per il Fondo FASDA.

In caso di ricovero, l'Iscritto dovrà inoltre sottoscrivere:

- al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno;
- all'atto delle dimissioni, i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra-ricovero l'Iscritto dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da Unisalute per il Fondo FASDA effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all’Iscritto. Qualora l’erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta non raggiunga l’importo quadriennale di spettanza dell’Iscritto nel limite indicato al punto “Somma mensile garantita”, l’Iscritto ha diritto di attivare per la parte di importo di cui non ha beneficiato della garanzia alle modalità indicate al successivo punto “Richiesta del risarcimento”.

6.29.6.2 Richiesta di indennità mensile vitalizia

La richiesta del risarcimento del danno dovrà pervenire alla Società mediante presentazione da parte dell’Iscritto del modulo di denuncia del sinistro con allegata dichiarazione espressa di volersi avvalere della facoltà di usufruire del risarcimento, nel limite del massimale garantito indicato all’art. “Somma mensile garantita”, erogato in tre (3) rate quadriennali posticipate, su presentazione del certificato di esistenza in vita rilasciato dal medico curante o dall’ufficio anagrafico di residenza.

6.29.7 Piano assistenza individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / rimborso spese in caso di permanenza in rsa

L’amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell’Iscritto o l’Iscritto stesso, qualora quest’ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di polizza (art. “Definizione dello stato di non autosufficienza”), dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero **06-82958295** (o dall’estero al numero composto dal prefisso internazionale per l’Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell’ambito del massimale mensile previsto all’art. “Somma mensile garantita” e previa valutazione della Società, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

La Società intervistando telefonicamente l’Iscritto, l’amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell’Iscritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Società valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all’Iscritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l’Iscritto, l’amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell’Iscritto, dovrà produrre la documentazione specificata all’articolo “Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi” Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

- 1)** Nel caso in cui la Società riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all’Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l’indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all’Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall’Iscritto o dai familiari.
Qualora l’Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, la Società, nei limiti del massimale mensile di cui all’art. “Somma mensile garantita”, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell’Iscritto che nelle strutture stesse.

All’Iscritto verrà fornita una lettera con l’indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l’elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Società, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell’Iscritto e quelle eventualmente rifiutate dall’Iscritto. Questo documento dovrà essere firmato dall’Iscritto, dall’amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell’Iscritto, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere - Operatore Socio Sanitario - Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di ricovero.

La Società procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate con la Società stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

La Società provvederà a monitorare costantemente l’andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall’Iscritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con la Società utilizzate per l’erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell’esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell’Iscritto, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa,

della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

- 2) Nel caso in cui la Società riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Iscritto o dai familiari.

Qualora l'Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

La Società provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Iscritto stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con la Società utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

La Società si riserva la facoltà di sottoporre l'Iscritto ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Iscritto comporti il riconoscimento dello stato di non

autosufficienza, la Società rimbosserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Società, nei limiti del massimale mensile.

Qualora invece le condizioni dell’Iscritto non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell’Iscritto stesso.

- 3)** Nel caso in cui la Società non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all’Iscritto.

Laddove il punteggio assegnato dalla Società al termine dell’istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all’Iscritto verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l’indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all’Iscritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall’Iscritto o dai familiari. Qualora l’Iscritto necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell’Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l’applicazione di tariffe riservate agli Iscritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

- 4)** Qualora l’Iscritto sia “assistito” presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), la Società provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto al punto “Somma mensile garantita”, esclusivamente la retta mensile.

6.29.8 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della società

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l’Iscritto, il suo amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell’Iscritto, dovranno:

- a) chiamare il numero verde gratuito 06 82958295 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Unisalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
 - il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
 - il modulo di informativa al cliente sull’uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
 - il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto e la relativa data d’insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l’origine incidentale o patologica dell’affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
 - il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell’Iscritto;
 - Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;

- Qualora l’Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l’impossibilità per la Società di erogare il miglior servizio nell’ambito della propria rete convenzionata.

La Società ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite mediche.

Nel caso in cui l’Iscritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, la Società, insieme all’esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell’Iscritto.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all’art. “Definizione dello stato di non autosufficienza”, **se l’Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.**

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all’art. “Definizione dello stato di non autosufficienza”, **se l’Iscritto è ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d’ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero.** Anche in questo caso **dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.**

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell’Iscritto, dovrà essere inviata alla Società.

Quest’ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all’effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato dalla Società quando il contratto sia ancora in vigore e:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall’ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l’aggravarsi dello stato di salute dell’Iscritto intervenuti dopo l’ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli “Modalità di rimborso/Richiesta di erogazione di servizi” e “Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali” decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell’Iscritto.

6.29.9 Erogazione diretta della prestazione di assistenza e costruzione del piano assistenziale individualizzato (di seguito PAI)

Qualora l’Iscritto richieda l’attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, la Società provvederà a liquidare direttamente le strutture e/o il personale sanitario convenzionato con la Società nel limite della somma assicurata mensile prevista.

Si prevede la presa in carico totale dell’Iscritto e l’erogazione dei seguenti servizi:

- un servizio di Consulenza Organizzativa Socio Assistenziale;
- Valutazione sanitaria/clinica dell’assistito direttamente a domicilio e raccolta di indicazioni di tipo familiare e socio/economico per la costruzione concertata del P.A.I.;
- Viene fornita un’informatica specifica del territorio di appartenenza del cliente realizzato attraverso un’intervista telefonica per facilitare l’accesso dello stesso alla richiesta e al disbrigo della parte burocratica;
- Gestione ed organizzazione del P.A.I;
- Erogazione dei servizi assistenziali.

Qualora l’Iscritto richieda l’erogazione diretta delle prestazioni di assistenza avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate nel limite della somma assicurata.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all’Iscritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate dalla Società.

In caso di ricovero, l’Iscritto dovrà inoltre sottoscrivere:

- al momento dell’ammissione nell’Istituto di cura, la lettera d’impegno;

- all’atto delle dimissioni, i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra-ricovero l’Iscritto dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

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

Qualora l’erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta non raggiunga l’importo quadrimestrale di spettanza dell’Iscritto nel limite della somma assicurata, l’Iscritto ha diritto di attivare la richiesta di risarcimento per la parte di importo di cui non ha beneficiato della garanzia alle modalità indicate al successivo punto “Richiesta del risarcimento”.

6.29.10 Richiesta del risarcimento del danno subito

La richiesta del risarcimento del danno dovrà pervenire alla Società mediante presentazione da parte dell’Iscritto del modulo di denuncia del sinistro con allegata dichiarazione espressa di volersi avvalere della facoltà di usufruire del risarcimento, nel limite del massimale garantito indicato all’art. “Somma mensile garantita”, erogato in tre (3) rate quadrimestrali posticipate, trasmettendo alla Società, ogni 4 mesi, il certificato di esistenza in vita rilasciato dal medico curante o dall’ufficio anagrafico di residenza

6.29.11 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell’Iscritto, a controlli presso l’Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l’invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell’Iscritto.

In caso di rifiuto da parte dell’Iscritto di sottoporsi ad un controllo o di

inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

6.30. Stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni

6.30.1 Oggetto della copertura

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Iscritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo **“Definizione dello stato di non autosufficienza”**.

6.30.2 Condizioni di associabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere limitazioni per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi,
 - b) lavarsi,
 - c) vestirsi,
 - d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi,

mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.

4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica

6.30.3 Somma garantita

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo **“Definizione dello stato di non autosufficienza”** corrisponde a **€ 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.**

6.30.4 Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Iscritto il cui stato di salute non venga giudicato “consolidato” e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata

6.30.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte della società

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- a) chiamare il **numero verde gratuito 06 82958295** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - - servizi di liquidazione – Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell’Iscritto
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l’Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

La Società ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato le garanzie di polizza non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, la Società, insieme all’esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l’Iscritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all’art. “Definizione dello stato di non autosufficienza”, **se l’Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se**

beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria. Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Iscritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Iscritto, dovrà essere inviata alla Società.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'Iscritto.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'Iscritto al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA e RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Iscritto.

6.30.6 Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo “Definizione dello stato di non autosufficienza” dà diritto all’Iscritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della **somma garantita - entro i limiti previsti all’articolo “Somma assicurata” - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA e RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE:**

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L’erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell’Iscritto.

6.30.7 Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l’Iscritto richieda l’attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere all’Iscritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato o non autorizzate dalla Società.

6.30.8 Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a:

UniSalute - Servizio Liquidazione – Via Larga, 8 – 40138 Bologna -
dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull’uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto e la relativa data d’insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l’origine incidentale o patologica dell’affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).
- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell’Iscritto
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l’Iscritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l’Iscritto sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l’esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all’Iscritto viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l’Iscritto, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell’avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

6.30.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Iscritto, a controlli presso l'Iscritto e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Iscritto.

In caso di rifiuto da parte dell'Iscritto di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

6.31. Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie

Limitatamente al massimale di € 7.000,00, il Fondo FASDA rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza (come indicati al punto "PIANI ASSISTENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENZE") per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente **superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L)** oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

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

Si precisa che la garanzia è operante solamente qualora:

- **l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di**

Pronto Soccorso e deve essere avvenuto durante l'operatività del contratto;

- **le gravi patologie elencate devono essere insorte durante l'operatività del contratto;**

Si precisa che nel computo della percentuale di invalidità permanente verranno prese in considerazione solo le conseguenze dirette dell'infortunio, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

**La disponibilità per ogni biennio per la presente copertura è di
€ 7000,00 per persona.**

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

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, fatta eccezione per gli interventi di correzione dei vizi di refrazione, come previsto dalla copertura “Interventi per la correzione dei difetti visivi”;
- 2.** la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 3.** le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo le coperture a carattere odontoiatrico espressamente previste in copertura;
- 4.** le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi nell'elenco degli interventi chirurgici, resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario e salvo gli interventi di chirurgia plastica eseguiti sui neonati come previsto al paragrafo “Neonati”);
- 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.** gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 7.** 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 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;
 - 10.** gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
 - 11.** gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
 - 12.** le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
 - 13.** 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;
 - 14.** le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
 - 15.** le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
 - 16.** le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle coperture a carattere odontoiatrico espressamente previste in copertura, il Piano sanitario non è operante per:

- 17.** protesi estetiche.
- 18.** trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

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

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

Limitatamente alle prestazioni previste al paragrafo “Stati di non autosufficienza consolidata/permanente” in aggiunta alle esclusioni

sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

1. di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
3. di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
4. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
5. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
6. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
7. del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Iscritto di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
8. di 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);
9. di partecipazione attiva dell'Iscritto ad atti criminali;
10. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
11. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
12. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
13. di documenti non conformi alla realtà.

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

8.2. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **74°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **75°** anno di età da parte del titolare.

8.3. Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASDA

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 FASDA dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, verrà restituita con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

9. ELENCO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

> NEUROCHIRURGIA

- **Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale**
(Contiene anche: Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali per via endocranica; Craniotomia per ematoma extradurale; Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali; Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo; Epilessia focale, intervento per; Tumori della base cranica, intervento per via transorale; Talamotomia pallidotomia ed altri interventi similari; Malformazione aneurismatica o angiomatica intracranica, terapia chirurgica diretta)
- **Interventi di cranioplastica** (Contiene anche: Cranioplastica; Craniostenosi)
- **Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale** (Contiene anche: Ipofisi, intervento per neoplasie per via transfenoidale)
- **Asportazione tumori dell'orbita**
- **Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/ o extramidollari)** (Contiene: Tumori intramidollari, extramidollari, intradurali, intervento di lami-nectomia per)
- **Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore**
- **Interventi sul plesso brachiale**
- **Trapanazione cranica per PIC e/o drenaggio ventricolare**
- **Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica**
- **Ernia del disco dorsale, intervento per via trans-toracica**
- **Deviazione liquorale diretta e indiretta, intervento di**
- **Traumi vertebo-midollari, intervento per via anteriore o posteriore**
- **Cerniera atlanto occipitale, intervento per malformazioni**
- **Neurotomia retrogassieriana, sezione intracranica di altri nervi**
- **Accesso o ematoma intracranico, intervento per**
- **Mielomeningocele, intervento per**
- **Encefalomeningocele, intervento per**
- **Fistole artero-venose terapia chirurgica diretta**

- **Malformazioni e/o fistole vascolari cerebrali, embolizzazione e/o Gamma-Knife**

> OCULISTICA

- **Interventi per neoplasie del globo oculare** (Contiene anche: Enucleazione globo oculare con impianto di protesi)
- **Intervento di enucleazione del globo oculare** (Contiene anche: Enucleazione globo oculare con impianto di protesi)
- **Trapianto corneale a tutto spessore**
- **Intervento cataratta**

> OTORINOLARINGOIATRIA

- **Asportazione di tumori maligni del cavo orale** (Contiene anche: Labbro e guancia, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento della loggia sottomascellare; Lingua e pavimento orale, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale)
- **Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)**
- **Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)** (Contiene anche: Laringectomia totale o parziale con o senza svuotamento laterocervicale monolaterale; Laringectomia totale o parziale con svuotamento laterocervicale bilaterale; Laringofaringectomia totale)
- **Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare**
- **Ricostruzione della catena ossiculare**
- **Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico** (Contiene anche: Neurinoma dell'ottavo paio di nervi cranici)
- **Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari**
- **Atresia auris congenita**
- **Tumori maligni dell'orecchio, asportazione di**
- **Mastoidectomia radicale**

- Otosclerosi, intervento completo
- Tonsillectomia con adenoidectomia

> CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per ernia femorale

> CHIRURGIA DEL COLLO

- **Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale** (Contiene anche: Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale; Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale)
- **Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia**
- **Fistole e cisti congenite del collo, asportazione di**
- **Fistola esofago-tracheale, intervento per**
- **Paratiroidectomia totale**
- **Tiroidectomia parziale solo per patologia neoplastica maligna**
- **Linfoadenectomia monolaterale e/o bilaterale (come unico intervento)**
- **Tracheostomia con tracheotomia**

> CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- **Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici** (Contiene anche: Pleuro-pneumonectomia, intervento di; Pleurectomia per neoplasia maligna della pleura; Trachea, resezione e plastica per neoplasie maligne)
- **Interventi per fistole bronchiali** (Contiene anche: Fistole esofago-bronchiali, intervento per; Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi, intervento per)
- **Interventi per echinococcosi polmonare**
- **Pneumectomia totale o parziale** (Contiene anche: Resezione segmentaria polmonare tipica; Resezione segmentaria polmonare atipica; Lobectomy, intervento di; Pneumonectomia, intervento di)
- **Interventi per cisti o tumori del mediastino** (Contiene anche:

Mediastino, interventi per tumori e cisti del; Linfoadenectomia mediastinica)

- **Cisti polmonari, asportazione di**
- **Resezione bronchiale con reimpianto**
- **Tinectomia**

> CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- **Interventi sul cuore per via toracotomica** (Contiene anche: By-pass aorto-coronarico singolo; Sezione e legatura del dotto arterioso di Botallo; Pericardietomia)
- **Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica**
- **Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica**
- **Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale**
- **Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario**
- **Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi**
- **Asportazione di tumore glomico carotideo**
- **Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)**
- **Correzione chirurgica malformazioni congenite cardiache e dei grossi vasi**
- **Cardiochirurgia in C.E.C.**
- **Aneurismi aorta toracica e/o addominale, interventi per**
- **Aneurismi arterie viscerali e tronchi sovraortici, interventi per**
- **Aneurismi aorta addominale e tronchi sovraortici, intervento con posizionamento endovascolare di protesi**
- **By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale, femoro-tibiale, femoro-femorale, femoro-popliteo, axillo-femorale**
- **By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico con eventuale TEA**
- **By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-suclavio**
- **Tromboendoarteriectomia di carotide e vasi epiaortici (by-pass, patch, embolectomia, trapianto)**
- **Rivascolarizzazione miocardica, qualsiasi metodica**
- **Angioplastica coronarica percutanea con eventuale applicazione di stents**

- Sostituzione valvolare singola
- Sostituzione valvolare multipla
- Valvuloplastica cardiochirurgica
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Difetto interatriale, correzione percutanea
- Ablazione transcatetere vie elettriche anomale (CARTO)

> CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago (Contiene anche: Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con linfoadenectomia; Esofago cervicale, resezione con esofagostomia; Esofago, resezione parziale con esofagostomia; Esofago-gastrectomia totale per via toracolaparotomica ed eventuale linfoadenectomia)
- Interventi con esofagoplastica (Contiene anche: Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con linfoadenectomia; Esofagogastoplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica, sostitutiva o palliativa)
- Intervento per mega-esofago (Contiene anche: Megaesofago, intervento per; Megaesofago, reintervento per)
- Resezione gastrica totale (Contiene anche: Esofago-gastrectomia totale per via toracolaparotomica ed eventuale linfoadenectomia; Gastrectomia totale con linfoadenectomia)
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia) (Contiene anche: Colectomie totali con eventuale stomia; Emicolectomia dx; Emicolectomia sx ed eventuale colostomia (Hartmann e altre); Procto-colectomia totale; Resezione anteriore retto-colica compresa linfoadenectomia ed eventuale stomia)
- Interventi di amputazione del retto-Ano (Contiene anche: Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano con linfoadenectomia inguinale bilaterale; Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo)

- **Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale**
(Contiene anche: Megacolon, intervento per; Megacolon, colostomia per)
- **Eseresi di tumori dello spazio retroperitoneale** (Contiene anche: Tumore retroperitoneale, eseresi di)
- **Drenaggio di ascesso epatico**
- **Interventi per echinococcosi epatica**
- **Resezioni epatiche** (Contiene anche: Resezioni epatiche maggiori; Resezioni epatiche minori)
- **Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari**
- **Interventi chirurgici per ipertensione portale** (Contiene anche: Varici esofagee, intervento transtoracico o addominale; Anastomosi porto-cava o spleno-renale mesenterica-cava)
- **Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica**
(Contiene anche: Pancreatite acuta, intervento demolitivo)
- **Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica**
- **Interventi per neoplasie pancreatiche** (Contiene anche: Cefaloduodenopancreasectomia compresa linfoadenectomia; Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per; Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfoadenectomia)
- **Appendicectomia con peritonite diffusa**
- **Splenectomia totale** (Contiene anche: Splenectomia)
- **Diverticoli nell'esofago cervicale, intervento per**
- **Dumping syndrome, interventi di riconversione per**
- **Resezione gastroduodenale**
- **Resezione gastroduodenale per UPPO**
- **Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per**
- **Morbo di Crohn, resezione intestinale per**
- **By-pass gastrointestinali e intestinali per patologie maligne**
- **By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica**
- **Colectomia segmentaria con eventuale stomia**
- **Reinterventi addomialni, di qualunque tipo, per ripetizioni di**

neoplasie comprese nel presente elenco

- Preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità
- Atresia dell'ano: abbassamento addomino-perineale
- Occlusione intestinale del neonato (qualunque tipo di intervento)
- Piloro, stenosi congenita del
- Omentectomia per neoplasie maligne
- Deconnectione azygos-portale per via addominale
- Ascessi epatici, cisti epatiche di qualsiasi natura, angiomi cavernosi, intervento chirurgico per
- Colecistostomia per neoplasie non resecabili
- Derivazione pancreatico-Wirsung digestive
- Pancreatectomia totale con eventuale linfoadenectomia
- Pancreasectomia sinistra senza splenectomia
- Interventi per fistole pancreatiche conseguenti ad altri interventi

> UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale (Contiene anche: Nefroureterectomia radicale con linfoadenectomia più eventuale surrenектомия, intervento di; Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale ed eventuale surrenектомия; Tumore di Wilms, asportazione)
- Surrenектомия (Contiene anche: Surrenектомия)
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza uretersigmoidostomia (Contiene anche: Neovescica continentе orthotopica)
- Cistoprostatovesicolectomia (Contiene anche: Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatectomy)
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomy con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
- Terapia della calcolosi urinaria
- Tumori renali, nefrectomia allargata, con e senza surrenектомия
- Ureteroileoanastomosi mono-bilaterale

- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti, mono-bilaterale, intervento di
- Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciclectomia o uteroannessiectomia con uretersigmoidostomia o urete-rocutaneostomia
- Estrofia vescicale (trattamento completo)
- Prostatectomia radicale con linfoadenectomie
- Ipospadia e epispadia, trattamento completo con plastica
- Pene, amputazione totale con linfoadenectomia
- Pene, amputazione totale con creazione di neovagina
- Orchiectomia mono-bilaterale

> GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia e Isterectomia radicale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica (Contiene anche: Vulvectomia allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica, intervento di)
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia
- Eviscerazione pelvica
- - D13 Localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali, intervento chirurgico demolitivo mono-bilaterale per via laparotomica
- Aplasia della vagina, ricostruzione per
- Annessiectomia bilaterale

> MAMMELLA

- Quadrantectomia con biopsia del linfonodo sentinella ed eventuale svuotamento cavo ascellare nello stesso ricovero
- Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale o semplice per cancro, comprensivo di protesi
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfoadenectomie associate
- Mastectomia semplice totale con eventuali linfoadenectomie

> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- 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 (Contiene anche: Coste e sterno, interventi per neoplasie maligne)
- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
- Emipelvectomia interna con salvataggio dell'arto
- Amputazione di grandi segmenti di arti
- Reimpianti di arto o suo segmento, escluso dita
- Asportazione di neoplasie maligne dei muscoli
- Frattura piatto tibiale, osteosintesi con placca
- Frattura del bacino: intervento chirurgico di osteosintesi
- Tumori ossei e forme pseudotumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di
- Tumori ossei e forme pseudotumorali della colonna vertebrale asportazione di

> CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in copertura solo in caso di neonati iscritti dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite (Contiene

anche: Atresia esofagea, trattamento completo)

- **Correzione chirurgica di megauretere congenito**
- **Correzione chirurgica di megacolon congenito**

> TRAPIANTI DI ORGANO

- **Tutti** (Contiene anche: Trapianto di cuore, polmoni, fegato, pancreas, grandi segmenti addominali, reni)
- **Trapianto di midollo osseo (compreso autotripianto)**
- Omotripianto ed autotripianto di cellule staminali per affezioni ematologiche
- Prelievo organi per omotripianto
- Prelievo midollo osseo per omotripianto

> ORO - MAXILLO - FACCIALE

- Massiccio facciale, intervento demolitivo per neoplasie maligne con svuotamento dell'orbita
- Lingua, pavimento orale, ghiandole sottomascellari, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale
- Mandibola, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Mascellare superiore, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Parotidectomia totale
- Tumori misti ghiandole salivari, asportazione completa della ghiandola
- Maxillo-facciale, interventi di ricostruzione conseguenti a traumi (con esclusione fratture ossa nasali)
- Labiopalatoschisi, intervento correttivo

> GRANDI USTIONI E APPARATO TEGUMENTARIO

- Grandi ustioni - trattamento chirurgico per
- **Osteo-odontocheratoprotesi (per tutte le fasi)**
- Melanoma cutaneo: allargamento chirurgico con biopsia del

linfonodo sentinella contestuale ed eventuale svuotamento linfonodale.

> ELENCO B - INTERVENTI DI ARTROPROTESI E ARTRODESI, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

I seguenti interventi sono fruibili esclusivamente tramite servizio sanitario nazionale con rimborso della diaria giornaliera di € 200,00:

> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- **Interventi per costola cervicale**
(Contiene anche: Artrodesi vertebrale)
- **Interventi di stabilizzazione vertebrale**
- **Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio**
(Contiene anche: Artroprotesi anca, totale; Artroprotesi spalla, totale; Artroprotesi ginocchio; Artroprotesi gomito, totale)
- **Artroprotesi totale di polso**
- **Artroprotesi totale di caviglia**
- **Scoliosi, intervento per**
- **Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale**

ELENCO C - ELENCO PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE - GRAVI EVENTI MORBOSI

- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) - Fase di riacutizzazione
- Sindromi influenzali in fase di complicanza e/o di superinfezione batterica dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Infezioni febbrili di qualsiasi organo o apparato che richiedano certezza diagnostica o siano resistenti alle terapie antibiotiche dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Patologie infiammatorie in acuzie dei distretti centrali Cuore e Grandi vasi e periferici venoso ed arterioso ed eventuali complicanze (Embolia Stenosi etc)
- Anemia acuta con Hb <8 gr/dl
- Fasi acute di malattie reumatiche, immunologiche, autoimmuni
- Patologie infiammatorie acute dell'intero distretto addomino pelvico
- Tiroiditi acute con interessamento cardiaco
- Infarto miocardico
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata
- Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure; terapia del dolore e cure palliative terminali
- Diabete scompensato in trattamento insulinico
- Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato.

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" si informa che:

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- **Reclami:** 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 all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. 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**.



Fondo integrativo di Assistenza Sanitaria
per i Dipendenti dei Servizi Ambientali



Fondo integrativo di Assistenza Sanitaria
per i Dipendenti dei Servizi Ambientali

Via Antonio Gallonio, 1
00161 Roma
Tel. 06 8295 8295

fasda@fasda.it
fasda@pec.fasda.it
www.fasda.it

 Fondo FASDA
 Fondo FASDA