



Guida al Piano sanitario  
Integrativo per gli iscritti  
alla Cassa Italiana di  
Previdenza e  
Assistenza dei  
Geometri (CIPAG)

*Edizione aprile 2015*

Per tutte le prestazioni previste dal Piano sanitario  
diverse dal Ricovero consultare:

**www.unisalute.it**

24h su 24, 365 giorni l'anno

Per tutte le prestazioni dell'area Ricovero è opportuno  
contattare preventivamente il

**Numero Verde  
800-009618**

**Numero Verde dall'estero:**

**00800-39009618**

**o in alternativa**

**0039 514185618**

orari:

**8,30 - 19,30 dal lunedì al venerdì**

**I servizi UniSalute sempre con te!**

**Scarica gratis l'app UniSalute da App Store e Play Store.**

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](mailto: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](http://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.

## **Guida al Piano sanitario Integrativo per gli iscritti alla Cassa Italiana di Previdenza e Assistenza dei Geometri (CIPAG)**

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la convenzione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.



cassa italiana previdenza  
e assistenza geometri

**UniSalute**  
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE



# 1. SOMMARIO

<b>2.</b>	<b>BENVENUTO.....</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO .....</b>	<b>5</b>
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	9
<b>4.</b>	<b>SERVIZI ON-LINE, MOBILE E IVR.....</b>	<b>9</b>
4.1.	Come faccio a registrarmi al sito <a href="http://www.unisalute.it">www.unisalute.it</a> per accedere ai servizi nell'Area clienti?	10
4.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	11
4.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	12
4.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	13
4.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.7.	Come posso ottenere pareri medici?	13
4.8.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	14
4.9.	IVR (Interactive Voice Response)	14
<b>5.</b>	<b>LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA .....</b>	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b>LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO .....</b>	<b>16</b>
6.1.	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	17
6.2.	Trasporto sanitario in caso di ricovero con intervento chirurgico	19
6.3.	Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	19
6.4.	Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	19
6.5.	Parto e aborto terapeutico/spontaneo	20
6.6.	Indennità sostitutiva	20
6.7.	Cure per il neonato nel primo anno di vita	21
6.8.	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	21
6.9.	Prestazioni extraospedaliere e domiciliari	21
6.10.	Protesi dentarie a seguito di infortunio	25
6.11.	Cure dentarie a seguito di infortunio	25
6.12.	Prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il solo Iscritto caponucleo)	25
<b>7.</b>	<b>CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO .....</b>	<b>26</b>
<b>8.</b>	<b>ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....</b>	<b>27</b>
8.1.	Periodo di carenza	27
8.2.	Inclusioni/esclusioni	27
8.3.	Estensione territoriale	28
8.4.	Gestione dei documenti di spesa	28
8.5.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	28
<b>9.</b>	<b>CONTRIBUTI.....</b>	<b>29</b>

## 2. BENVENUTO

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo della copertura sanitaria. All'interno della Guida trovi l'indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano. Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

### I servizi online offerti da UniSalute

Su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), hai a disposizione un'area riservata con **pratiche funzioni online** che velocizzano e semplificano tutte le operazioni legate all'utilizzo del 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 con UniSalute

UniSalute ha predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private. Tutti i centri garantiscono un'ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di vantaggi rilevanti:

- non devi sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal Piano alle singole coperture) perché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario, puoi utilizzare la **funzione di Prenotazione visite/esami** presente nell'Area Riservata ai Clienti del sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it). La funzione permette di **sapere immediatamente se la prestazione è coperta** dal Piano Sanitario e **conoscere quale struttura sanitaria convenzionata risponde meglio alle tue esigenze**. In alternativa

contatta la Centrale Operativa al numero verde indicato nel retro di copertina;

- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari che garantiscono alti livelli di qualità e di efficienza.



### **Conferma prenotazione in 24h**

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce**: nelle strutture segnalate, **ti comunichiamo la disponibilità dell'appuntamento entro un giorno lavorativo dalla tua richiesta.**

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere **preventivamente autorizzata da UniSalute**), dovrai presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la tua identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie **autorizzate** con i limiti sopra enunciati. Dovrai firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

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, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

L'elenco, sempre aggiornato, è disponibile su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) nell'Area Clienti o telefonando alla Centrale Operativa.

### **Importante**

**Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato con UniSalute.** Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)** nell'Area Clienti, è comodo e veloce!

### 3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la facoltà di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. In questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

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

Una volta effettuata la prestazione, dovrai saldare le fatture e le note spese. **Per richiederne il rimborso** devi inviare a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO**, la documentazione necessaria:

- il modulo di richiesta rimborso compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente Guida oppure sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it);
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, 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/intervento chirurgico ambulatoriale 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 quietanziamento. **Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da UniSalute.**



### **Richiesta rimborso online**

Chiedi online il rimborso delle tue prestazioni effettuate presso strutture non convenzionate: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi più velocemente la valutazione della tua richiesta.**

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute 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 a UniSalute della documentazione di cui sopra.

E' bene sapere che dovrai consentire controlli medici eventualmente disposti da UniSalute e fornire alla stessa 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

Se decidi di utilizzare le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., e sostieni delle spese per ticket sanitari, puoi **chiederne il rimborso sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)** all'interno dell'Area clienti.



#### Valutazione rimborso in 20 giorni

Chiedi online il rimborso ticket e indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi la valutazione della tua richiesta entro 20 giorni.**

Se non puoi accedere a internet, utilizza il Modulo di rimborso allegato alla presente Guida e invialo insieme a copia della documentazione a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

## 4. SERVIZI ON-LINE, MOBILE E IVR

L'utilizzo di internet permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo le operazioni di prenotazione, rimborso e aggiornamento dei dati.

Sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare direttamente online** presso le strutture convenzionate le visite o gli esami non connessi ad un ricovero e **ricevere conferma dell'appuntamento in 24h**;
- **verificare e aggiornare** i propri **dati** e le proprie **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi**;
- consultare 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**;
- ottenere **pareri medici**.

Qui trovi la consulenza di UniSalute e la comodità dei servizi online 24 h su 24 e 7 giorni su 7!

<p><b>Prenotazione visite ed esami</b></p>  <p>Prenota qui le tue prestazioni, saprai subito se sono in garanzia. Accedi anche per modificare o spostare i tuoi appuntamenti.</p> <p><b>Conferma appuntamento entro 24h</b></p>	<p><b>Estratto conto sinistri e aggiornamenti dati</b></p>  <p>Visualizza lo stato delle tue richieste di rimborso e il dettaglio dei tuoi pagamenti.</p> <p>Puoi inoltre aggiornare i tuoi recapiti e il codice IBAN utile per i tuoi rimborsi.</p>
<p><b>Prestazioni e strutture convenzionate</b></p>  <p>Consulta le prestazioni del tuo Piano sanitario, troverai tutte le risposte che cerchi.</p>	<p><b>Richiesta rimborso ticket SSN, diaria da ricovero e altre prestazioni</b></p>  <p>Richiedi qui i tuoi rimborsi e invia online la documentazione: per ticket e diaria ricevi la valutazione entro 20 giorni.</p>

#### 4.1. Come faccio a registrarmi al sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) per accedere ai servizi nell'Area clienti?

E' 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](http://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 "Non ricordi password?" sulla home page e

inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

#### 4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

**Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.**

Una volta effettuato il log-in al sito, basta **accedere alla sezione "Prenotazione visite ed esami"**. In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.



##### **Conferma prenotazione in 24h**

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce**: nelle strutture segnalate, **ti comunichiamo la disponibilità dell'appuntamento entro un giorno lavorativo dalla tua richiesta.**

#### 4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area Clienti, **accedi alla sezione "Estratto conto sinistri e aggiornamento dati"** e seleziona la funzione di interesse.

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 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. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?**

Attraverso il sito puoi richiedere il rimborso delle prestazioni e trasmettere direttamente on line la documentazione scansionata. Clicca sul pulsante "richiesta rimborso ticket SSN, diaria da ricovero e altre prestazioni" e seleziona la funzione di interesse.

La procedura è semplice e ti consente di velocizzare i tempi di elaborazione dei documenti e quindi di rimborso.



#### **Valutazione veloce del rimborso**

Chiedi online il rimborso delle tue prestazioni effettuate presso strutture non convenzionate: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico**. **Risparmi tempo e per i ticket del SSN e l'indennità sostitutiva ricevi la valutazione della tua richiesta entro 20 giorni**.

**Se non puoi accedere a internet e per i rimborsi delle prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute**, utilizza il modulo di rimborso allegato alla presente Guida. Compilalo in ogni sua parte, firmalo e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO**.

#### **4.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?**

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi alla sezione "Estratto conto sinistri e aggiornamento dati"**.

L'estratto conto online è stato realizzato per fornirti 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, 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.

#### **4.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?**

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi alla sezione "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

#### **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 on-line, 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.

#### 4.8. 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" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi 24 ore su 24 7 giorni su 7.

#### AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area clienti su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) e accedi ovunque ti trovi alle tue funzioni riservate:

- **prenoti direttamente** presso le strutture convenzionate **le visite o gli esami**, ricevi consulenza nella scelta della struttura più idonea e hai la conferma dell'appuntamento in 24h;
- **visualizzi l'agenda delle prenotazioni**
- **consulti** lo stato di lavorazione **delle tue richieste di rimborso**
- fornisci un **feedback sulle prestazioni odontoiatriche ricevute**

#### PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

- test visivo;
- test audiometrico;
- qualità del sonno;
- prevenzione dentale: uno strumento "per grandi e piccoli" per una corretta igiene orale.

#### 4.9. IVR (Interactive Voice Response)

L'Iscritto potrà scegliere da **IVR (Interactive Voice Response)** di ricevere informazioni sullo stato dei rimborsi. Questo servizio è attivo 365 giorni all'anno, 24 ore su 24.

Attraverso il **riconoscimento del chiamante** (sempre nel pieno rispetto dell'istituto della Privacy) l'Iscritto potrà digitare gli estremi della richiesta di rimborso (o numero fattura o periodo di invio) per i quali chiede informazioni.

In automatico il risponditore indicherà lo stato dei rimborsi come di seguito riportato:

- per le **richieste liquidate** verranno indicati: importo documento, importo rimborsato, valuta di pagamento;
- per le **richieste non liquidate** verranno indicati: importo documento e motivo della mancata liquidazione;
- per le **richieste non inserite a sistema** (ricevuti ma non caricati) verrà recepita la richiesta dell'Iscritto che sarà avvisato della gestione del sinistro con successivo messaggio sms o mail.

## 5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

**Per l'adesione al Piano sanitario Integrativo è necessario che ogni titolare abbia aderito precedentemente al Piano sanitario Base.**

Il Piano sanitario è operante a favore dei Professionisti e Pensionati in attività iscritti alla CIPAG, dei Dipendenti CIPAG, dei Dipendenti e professionisti iscritti CIPAG e Dipendenti dei Collegi dei Geometri.

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico del titolare, al nucleo familiare dell'Iscritto, intendendosi per tale il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e i figli conviventi. In questo caso dovranno essere inseriti tutti i familiari conviventi come precedentemente indicati, sempreché coperti dal piano Base. Sono, comunque, compresi i figli non conviventi purché studenti e i figli non conviventi per i quali il titolare sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione, ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria. Sono altresì equiparabili ai figli, i figli del coniuge o del convivente. Per i figli è previsto il limite di 35 anni. **N.B: figli fino a 35 anni compiuti: il Piano sanitario pertanto può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 35° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso, al compimento del 36° anno d'età. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi inabili a lavoro proficuo.**

E' possibile **non estendere** la copertura a quei componenti del nucleo familiare che già siano titolari di una analoga copertura sanitaria per il rimborso delle spese mediche. A tal fine, il professionista dovrà fornire idonea documentazione che confermi la copertura sanitaria del

familiare, vale a dire copia della polizza in caso di contratto individuale o dichiarazione del datore di lavoro o della Cassa d'appartenenza nel caso di polizza collettiva.

L'iscritto che diventa pensionato successivamente alla scadenza dell'anno associativo e che si cancella dalla CIPAG, nonché il relativo nucleo familiare, rimarranno in copertura sino a scadenza annua. Alla scadenza annua potranno continuare ad usufruire della copertura sanitaria mediante pagamento del relativo contributo e la compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo di rinnovo dell'adesione.

Viene prevista la possibilità per i coniugi e i figli superstiti di iscritti deceduti, di mantenere attiva la copertura prestata dal presente Piano sanitario dietro pagamento del relativo contributo annuo.

L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza del Piano sanitario non potranno più essere reinseriti.

## **6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO**

**Trattandosi di un Piano sanitario integrativo, sono da considerarsi oggetto di copertura nel presente Piano le prestazioni che non sono previste all'interno del Piano sanitario Base.**

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- parto e aborto terapeutico e spontaneo;
- prestazioni extraospedaliere e domiciliari;
- prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il solo Iscritto caponucleo);
- protesi dentarie a seguito di infortunio;
- cure dentarie a seguito di infortunio;
- prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il solo Iscritto caponucleo);

## 6.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

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 effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

<b>Pre-ricovero</b>	Esami, accertamenti diagnostici (comprese le prestazioni biottiche), visite specialistiche nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei <b>90</b> giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
<b>Intervento chirurgico</b>	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
<b>Assistenza medica, medicinali, cure</b>	Assistenza medica, medicinali, cure, prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e tutte le prestazioni sanitarie durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e rieducativi sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso.
<b>Rette di degenza</b>	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di <b>€ 200,00</b> al giorno più il <b>50%</b> dell'eccedenza. Tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva.
<b>Accompagnatore</b>	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o, in caso di indisponibilità in quest'ultimo, in struttura alberghiera. La copertura è prestata nel limite di <b>€ 110,00</b> al giorno per un massimo di <b>30</b> giorni per ricovero.

<b>Assistenza infermieristica privata individuale</b>	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di <b>€ 110,00</b> al giorno per un massimo di <b>30</b> giorni per ricovero.
<b>Post-ricovero</b>	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei <b>120</b> giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. I trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico e nel caso di ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infortunio certificato da referto di Pronto Soccorso. Sono compresi in copertura i medicinali non mutuabili prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto, ad eccezione delle coperture "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'**85%** con il minimo non indennizzabile di **€ 300,00** ed un massimo non indennizzabile di **€ 1.750,00**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con l'applicazione dello scoperto o del minimo non indennizzabile previsti per il ricovero in strutture non convenzionate.

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

UniSalute 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 (paragrafo 6.6).

## **6.2. Trasporto sanitario in caso di ricovero con intervento chirurgico**

Il Piano sanitario rimborsa le spese per trasporto dell'Iscritto e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro fino ad un importo massimo di:

- **€ 2.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri in Stati della UE;
- **€ 4.000,00** per anno associativo e nucleo familiare per ricoveri nel resto del mondo.

## **6.3. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio**

Nel caso di day-hospital **con intervento chirurgico**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario per ricovero con intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati.

Nel caso di day-hospital **senza intervento chirurgico superiore a tre giorni** (per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio), la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al paragrafo 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio".

In caso di day-hospital **senza intervento chirurgico uguale o inferiore a tre giorni**, le prestazioni sostenute verranno rimborsate in base a quanto previsto dal successivo paragrafo 6.9 "Prestazioni extraospedaliere e domiciliari".

## **6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 6.1. "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure" e "Post-ricovero", con i relativi limiti in essi indicati.

## 6.5. Parto e aborto terapeutico/spontaneo

### 6.5.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Post-ricovero”, e 6.2 “Trasporto sanitario per ricoveri con intervento chirurgico” con i relativi limiti in essi indicati.

### 6.5.2 Parto non cesareo e aborto terapeutico/spontaneo

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico/spontaneo **effettuato in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” 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 6.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, punto “Post-ricovero”, e 6.2 “Trasporto sanitario per ricoveri con intervento chirurgico” con i relativi limiti in essi indicati.

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico **effettuato in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” 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 6.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, punto “Post-ricovero”, e 6.2 “Trasporto sanitario”.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 3.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture.

## 6.6. Indennità sostitutiva

L’Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a Unisalute né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero di cui al paragrafo 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Pre-ricovero” e “Post-ricovero”, avrà diritto a un’indennità di **€ 105,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non

superiore a **100** giorni per ricovero. Sono compresi i ricovero per parto e aborto terapeutico e spontaneo.

Il rimborso delle spese di pre e post ricovero, fermi restando gli specifici limiti temporali indicati nei paragrafi precedenti, verrà effettuato con le modalità previste al paragrafo 6.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”.

→ L'indennità verrà corrisposta anche in caso di **day-hospital** per l'importo di **€ 53,00** al giorno per un periodo non superiore a **100** giorni per day-hospital, fermo il resto.

**L'indennità di cui al presente paragrafo non verrà erogata nel caso in cui, per il medesimo ricovero, sia già stata corrisposta l'indennità sostitutiva prevista nel Piano sanitario Base.**

### **6.7. Cure per il neonato nel primo anno di vita**

Il Piano sanitario rimborsa le spese sanitarie sostenute nel primo mese di vita del neonato. Rientrano in copertura le spese, sostenute durante il periodo di ricovero post-parto, per degenza, cure, accertamenti diagnostici anche a scopo preventivo per il neonato, e tutte le spese connesse.

La copertura è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nel Piano sanitario entro il **30°** giorno dalla nascita con pagamento del relativo contributo. In questo caso la copertura decorrerà dal giorno della nascita in forma rimborsuale, mentre le prestazioni in forma diretta nelle strutture convenzionate con Unisalute verranno erogate dal giorno di inserimento del neonato nella copertura.

### **6.8. 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 **€ 260.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

### **6.9. Prestazioni extraospedaliere e domiciliari**

**Il limite di spesa annuo a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente paragrafo 6.9 “Prestazioni extraospedaliere e domiciliari” è di € 5.000,00 per nucleo familiare.**

## 6.9.1 Prestazioni di alta specializzazione

<b>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Amniocentesi</li><li>• Angiografia</li><li>• Arteriografia</li><li>• Artrografia</li><li>• Broncografia</li><li>• Broncoscopia</li><li>• Cateterismo cardiacaco</li><li>• Cisternografia</li><li>• Cistografia</li><li>• Clisma opaco</li><li>• Colangiografia</li><li>• Colangiografia percutanea</li><li>• Colecistografia</li><li>• Coronarografia</li><li>• Crioterapia</li><li>• Dacriocistografia</li><li>• Discografia</li><li>• Doppler</li><li>• Ecocardiografia</li><li>• Ecocolordoppler</li><li>• Ecodoppler</li><li>• Ecotomografia</li><li>• Elettrocardiografia</li><li>• Elettroencefalografia</li><li>• Elettromiografia</li><li>• Elettroscopia</li><li>• Endoscopia</li><li>• Fistelografia</li><li>• Flebografia</li><li>• Fluorangiografia</li><li>• Galattografia</li><li>• Holter</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Isterosalpingografia</li><li>• Linfografia</li><li>• Mammografia</li><li>• Mielografia</li><li>• Moc</li><li>• Oronografia</li><li>• Pneumoencefalografia</li><li>• Retinografia</li><li>• Risonanza Magnetica Nucleare</li><li>• Rx esofago, Rx tubo digerente</li><li>• Scialografia</li><li>• Scintigrafia</li><li>• Splenoportografia</li><li>• Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)</li><li>• Tomografia a Emissione di Positroni (PET)</li><li>• Tomografia torace, Tomografia in genere</li><li>• Tomografia logge renali, Tomoxerografia</li><li>• Urografia</li><li>• Vesciculodeferentografia</li><li>• Villocentesi</li></ul> <b>Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Chemioterapia</li><li>• Dialisi</li><li>• Laserterapia a scopo fisioterapico</li><li>• Radioterapia</li></ul>
---	---

## 6.9.2 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici provvede, con l'esclusione delle visite pediatriche, delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici e degli esami di laboratorio.

E' altresì previsto il rimborso delle infiltrazioni (compreso il costo del farmaco), delle visite omeopatiche e dell'agopuntura a condizione che vengano effettuate da medico chirurgo specialista.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

**Il sottolimito di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 1.800,00 per nucleo familiare.**

### **6.9.3 Modalità di erogazione delle prestazioni**

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 20,00** per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

### **6.9.4 Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per il solo Isritto caponucleo)**

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni previste, nate per monitorare

l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- prelievo venoso
- ALT
- AST
- gamma GT
- glicemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- emocromo
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- VES
- esame urine

#### **prestazioni previste per gli uomini**

- elettrocardiogramma da sforzo

#### **prestazioni previste per le donne**

- ecodoppler arti inferiori

#### **prestazioni previste per gli uomini oltre i 50 anni di età**

- PSA (specifico antigene prostatico)

#### **prestazioni previste per le donne oltre i 50 anni di età (una volta ogni due anni):**

- mammografia: per la sola mammografia è richiesta una prescrizione medica (con indicazione di screening, check up o controllo) da consegnarsi alla struttura sanitaria convenzionata in base al decreto attuativo legge 187/2000)

#### **• In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

In alternativa, il Piano sanitario rimborsa le spese per le prestazioni di cui al presente paragrafo nel limite di spesa annuo di € **250,00** per persona.

## 6.10. Protesi dentarie a seguito di infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo 7 “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, Il Piano sanitario rimborsa all’iscritto le spese sostenute e documentate per la fornitura di protesi dentarie rese necessarie da infortunio, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

La copertura è operante in forma esclusivamente rimborsuale. Le spese sostenute verranno rimborsate con il limite di € 400,00 per ogni elemento di protesi dentaria.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 3.000,00 per nucleo familiare.**

## 6.11. Cure dentarie a seguito di infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo 7 “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, Il Piano sanitario rimborsa all’iscritto le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessario da infortunio, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

La copertura è operante in forma esclusivamente rimborsuale. Le spese sostenute verranno rimborsate integralmente.

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00 per nucleo familiare.**

## 6.12. Prestazioni odontoiatriche particolari (copertura operante per il solo Iscritto caponucleo)

In deroga di quanto previsto al capitolo 7 “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l’anno **in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni 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. Queste prestazioni devono essere effettuate in un’unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l’igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

## 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:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici\* preesistenti e malformazioni\*\*, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 3° anno di età.
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dal capitolato di gara.
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Isritto;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Isritto attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile dal Piano sanitario;
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicatori, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile dal Piano sanitario;
- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili dal Piano sanitario;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Isritto abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- m) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

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

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

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

## **8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI**

### **8.1. Periodo di carenza**

Il Piano sanitario non è operante per le spese sostenute per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla data di prima adesione, nonché per le conseguenze di infortuni sofferti prima della decorrenza del Piano stesso.

Le coperture previste dal Piano sanitario sono attivate 200 giorni dopo l'adesione, tale carenza non si applica in caso di infortunio avvenuto dopo la data di adesione. Inoltre, il periodo di carenza di cui sopra non è previsto per il parto, l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio se risulta provato che la gravidanza è insorta successivamente alla data di adesione.

I termini di carenza previsti al presente articolo non trovano applicazione qualora l'Iscritto sia stato Iscritto nell'annualità precedente con polizza rimborso spese mediche stipulata da CIPAG. A conferma della posizione assicurativa di provenienza l'Iscritto dovrà inviare, unitamente alla eventuale richiesta di rimborso, attestazione dell'avvenuto versamento del premio assicurativo.

### **8.2. Inclusioni/esclusioni**

#### **1) Inclusione dei nuclei familiari**

L'inclusione di familiari in un momento successivo a quanto previsto dal Piano sanitario è consentita solamente nel caso di variazione nel carico fiscale o dello stato di famiglia per matrimonio, nuove nascite o adozioni, ovvero per scadenza della copertura sanitaria per quei familiari per i quali non sia stata effettuata l'estensione delle coperture come indicato al capitolo 5 "Le persone per cui è operante la copertura". In questo caso il coniuge o il figlio potranno essere inseriti in copertura entro 30 giorni dalla data in cui è avvenuta la modifica dello stato di famiglia, ovvero della scadenza della copertura. Il contributo sarà computato in ragione di tanti dodicesimi quanti sono i mesi che mancano alla scadenza del Piano sanitario. La copertura avrà effetto dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione da parte della Società, sempre che sia stato

pagato il relativo contributo. L'iscritto pensionato, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione alla prima scadenza del Piano sanitario non potranno più essere reinseriti.

## **2) Esclusione di iscritti in corso d'anno**

Il venir meno dei requisiti di cui al capitolo 5 "Le persone per cui è operante la copertura" non produce effetto ai fini del presente Piano sanitario fino alla scadenza dell'anno associativo. Di conseguenza, tutte le uscite avvenute nell'anno associativo verranno posticipate alla scadenza annuale.

## **8.3. Estensione territoriale**

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

## **8.4. Gestione dei documenti di spesa**

### **A) prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute**

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da UniSalute effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'iscritto.

### **B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all'iscritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

## **8.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?**

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'iscritto.

## 9. CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

<b>a) Iscritto</b>	<b>€ 620,00</b>
<b>b) Iscritto più un familiare</b>	<b>€ 950,00</b>
<b>c) Iscritto più due familiari</b>	<b>€ 1.050,00</b>
<b>c) Iscritto più tre o più familiari</b>	<b>€ 1.100,00</b>