

fasG&P
PER LA TUA SALUTE

Fondo di assistenza sanitaria
per i lavoratori dell'industria
della gomma, cavi elettrici ed
affini e delle materie plastiche

WWW.FASGEP.IT



Guida
alle PRESTAZIONI
di ASSISTENZA
SANITARIA
INTEGRATIVA

*Le prestazioni del piano
sanitario sono garantite da:*

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

UniSalute

SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Per **prenotazioni**
o ricevere **assistenza**

Numero verde gratuito
800.016637

dal lunedì al venerdì 8.30 - 19.30
numero dall'estero: prefisso per l'Italia +051. 6389046

Con UniSalute puoi:

- Per prenotazioni o ricevere assistenza tutti i giorni h24 al **numero verde gratuito 800.016637**
- Gestire e controllare le **richieste di rimborso online**
- Consultare la **Guida del Piano Sanitario** e ricevere aggiornamenti via mail o sms



**Unisalute è sempre più vicino a te
con la nuova app UniSalute up!**

Facile, utile e ricca di contenuti.



Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo, in nessun caso può sostituire il contratto stipulato dal Fondo FASG&P con la Compagnia.

Le prestazioni del piano sanitario sono garantite da:



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.



COME ADERIRE A FASG&P

CHI PUÒ ADERIRE A FASG&P:

I lavoratori operai, qualifiche speciali, impiegati e quadri, non in prova, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato di durata non inferiore a 12 mesi, e con contratto di apprendistato del settore della Gomma Cavi Elettrici ed Affini e delle Materie Plastiche ed i loro nuclei familiari.

COMPONENTI DEL NUCLEO:

I componenti del nucleo familiare che possono aderire sono i figli conviventi fino al compimento del 26esimo anno di età, il coniuge ed il convivente se, al momento della presentazione della domanda, convive da almeno un anno con il lavoratore iscritto.

TIPOLOGIA DI NUCLEI:

Il lavoratore potrà scegliere tra:

«Nucleo 1» che prevede il lavoratore e un solo membro a scelta

«Nucleo 2» che prevede il lavoratore e l'intero nucleo.

Il lavoratore che intendono iscriversi a FasG&P possono scaricare il modulo di adesione dal sito del Fondo www.fasgep.it

Il modulo va stampato, compilato e consegnato alla propria azienda entro il giorno 15 dell'ultimo mese del trimestre.

Analogamente può essere scaricato e compilato il modulo di iscrizione del proprio nucleo familiare.

COME ADERIRE A FASG&P

DATE EFFETTO ADESIONE A FASG&P

	Compilazione e presentazione modulo adesione da consegnare in azienda	Trimestre di iscrizione con carenza (periodo in cui iniziano le trattenute sulla busta paga. Non si possono ancora effettuare le prestazioni sanitarie)	Inizio copertura assicurativa (mese dal quale decorrono tutte le prestazioni sanitarie del Fondo Fasg&p)
1° trimestre	1 ott. – 15 dic.	1 gen. – 31 mar.	1 aprile
2° trimestre	1 gen. – 15 mar.	1 apr. – 30 giu.	1 luglio
3° trimestre	1 apr. – 15 giu.	1 lug. – 30 set.	1 ottobre
4° trimestre	1 lug. – 15 set.	1 ott. – 31 dic.	1 gennaio

ADEMPIMENTI FASG&P

Contribuzione per ciascun lavoratore iscritto:	contributo paritetico "una tantum" di € 2,50 contributo paritetico associativo mensile di € 8,00
Contribuzione per ciascun lavoratore + «Nucleo 1»	contributo paritetico "una tantum" di € 2,50 contributo paritetico associativo mensile di € 8,00 + contributo € 16,00 per il nucleo a carico del lavoratore.
Contribuzione per ciascun lavoratore + «Nucleo 2»	contributo paritetico "una tantum" di € 2,50 contributo paritetico associativo mensile di € 8,00 + contributo € 24,00 per il nucleo a carico del lavoratore.



1.

SOMMARIO

2. PRESENTAZIONE	7
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	8
3.1. Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per il Fondo FASG&P	8
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata da UniSalute per il Fondo FASG&P	9
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	10
4. SERVIZI ONLINE E MOBILE	11
4.1 Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	11
4.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	12
4.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	12
4.4 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	13
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?	14
4.8 Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	14
5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	15
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	16
6.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto "elenco interventi chirurgici"	17
6.2 Prestazioni di alta specializzazione	21
6.3 Visite specialistiche	22
6.4 Accertamenti diagnostici	23



SOMMARIO

6.5	Trattamenti fisioterapici riabilitativi	24
6.6	Rimborso ticket per prestazioni di alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici riabilitativi	25
6.7	Cure oncologiche	25
6.8	Protesi ortopediche ed apparecchi acustici	26
6.9	Lenti	26
6.10	Odontoiatria/ortodonzia	27
6.11	Cure dentarie da infortunio	28
6.12	Interventi chirurgici odontoiatrici	29
6.13	Prestazioni diagnostiche particolari	31
6.14	Prestazioni a tariffe agevolate unisalute	32
6.15	Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa per iscritti con età minima 18 anni	32
6.16	Stati di non autosufficienza temporanea per iscritti con età minima 18 anni	44
6.17	Servizi di consulenza e assistenza	50
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	54
8.	CONTRIBUTI	57
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	58
9.1	Estensione territoriale	58
9.2	Limiti di età	58
9.3	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	58
10.	ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI	60



2. PRESENTAZIONE

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**, 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 DA UNISALUTE PER IL FONDO FASG&P

UniSalute ha convenzionato per il Fondo FASG&P 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 nell'Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. E' 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 FASG&P, UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.



**PRENOTAZIONE
VELOCE**

PRENOTA ONLINE O SU APP
E USFRUISCI DEL SERVIZIO
DI PRENOTAZIONE VELOCE!

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata** dal Fondo FASG&P 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 FASG&P, attraverso Unisalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Do-

vrai 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.



IMPORTANTE

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato da UniSalute per il Fondo FASG&P. Utilizza la funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2. SE SCEGLI UNA STRUTTURA NON CONVENZIONATA DA UNISALUTE PER IL FONDO FASG&P

Il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

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 ON LINE

**CHIEDI ON LINE IL RIMBORSO
DELLE SPESE: INVII I DOCUMENTI
IN FORMATO ELETTRONICO (UPLOAD)
E RISPARMI TEMPO!**

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a Fondo FASG&P presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

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 Guida oppure sul sito www.fasgep.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

- 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 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;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. SE SCEGLI IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. È facile e veloce!



**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!**

In alternativa, invia al Fondo FASG&P presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria.



4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Sul sito **www.unisalute.it** all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi 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**;
- ottenere **pareri medici**.

4.1. COME FACCIAMO A REGISTRARMI AL SITO 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 accedi alla funzione "Registri" 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 FACCIAMO A PRENOTARE ONLINE LE PRESTAZIONI PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE?

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

Accedi all’area clienti e accedi **alla funzione “Prenotazione”**. In base alle tue esigenze puoi:

- Chiedere la prenotazione comunicando le tue disponibilità;
- prenotare in autonomia e comunicare l’appuntamento;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.



**PRENOTAZIONE
VELOCE**

PRENOTA ONLINE O SU APP
E USUFRUISCI DEL SERVIZIO
DI PRENOTAZIONE VELOCE!

4.3. COME FACCIAMO AD AGGIORNARE ONLINE I MIEI DATI?

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 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 FACCIAMO A CHIEDERE IL RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE?

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



RICHIESTA RIMBORSO ON LINE

**CHIEDI ON LINE IL RIMBORSO
DELLE SPESE: INVII 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 al **Fondo FASG&P presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

4.5. COME FACCIAMO A CONSULTARE L'ESTRATTO CONTO E QUINDI LO STATO DELLE MIE RICHIESTE DI RIMBORSO?

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, 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.

4.6. COME FACCIAMO A CONSULTARE LE PRESTAZIONI DEL MIO PIANO SANITARIO E LE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi all'area "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 da UniSalute per il Fondo FASG&P.

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.

4.8 COME FACCIAMO 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.

AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area clienti su www.unisalute.it e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

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.



5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore dei lavoratori cui si applica il CCNL vigente per gli addetti all'industria della gomma, cavi elettrici ed affini e all'industria delle materie plastiche intesi come:

- lavoratori operai, qualifiche speciali, impiegati e quadri, non in prova, con rapporto a tempo indeterminato;
- lavoratori non in prova con contratto di apprendistato e con contratto a tempo determinato di durata non inferiore a 12 mesi;
- i dipendenti delle Organizzazioni firmatarie del vigente CCNL per gli addetti all'industria della gomma, cavi elettrici ed affini e all'industria delle materie plastiche.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del lavoratore iscritto, ai componenti del nucleo familiare del lavoratore stesso, inteso come coniuge o convivente more uxorio e figli fino al compimento del 26° anno di età che non percepiscano un reddito superiore alla soglia fiscalmente prevista, secondo le vigenti disposizioni di legge.



6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano stesso per le seguenti prestazioni:

SEZIONE PRIMA

- RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI";
- OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI";
- INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI";
- DIARIA DA CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI";
- INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO MEDICO E PER RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO NON RICOMPRESO TRA QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI";
- PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE;
- VISITE SPECIALISTICHE;
- ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI;
- TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI;
- RIMBORSO TICKET PER PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI;
- CURE ONCOLOGICHE;

- PROTESI ORTOPEDICHE E APPARECCHI ACUSTICI;
- LENTI;
- ODONTOIATRIA/ORTODONZIA;
- CURE DENTARIE DA INFORTUNIO;
- INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI;
- PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI;
- PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE.

SEZIONE SECONDA

- STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE-PROTEZIONE COMPLETA PER ISCRITTI CON ETA' MINIMA 18 ANNI;
- STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ISCRITTI CON ETA' MINIMA 18 ANNI;
- SERVIZI DI CONSULENZA.

SEZIONE PRIMA

6.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO "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'Isritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati al successivo punto "Elenco interventi chirurgici" può godere delle seguenti prestazioni:

PRE-RICOVERO	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infornio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
INTERVENTO CHIRURGICO	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.
RETTE DI DEGENZA	Non sono comprese nella copertura le spese voluttuarie.

ACCOMPAGNATORE	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.
POST-RICOVERO	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture convenzionate, all'interno del limite annuo previsto per singolo intervento di cui al successivo punto "Elenco interventi chirurgici", ad eccezione della copertura "Pre -ricovero" che prevede specifici limiti.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'interno del limite annuo previsto per singolo intervento di cui al successivo punto "Elenco interventi chirurgici".

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate 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.

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

Il Piano sanitario rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto.

6.1.1 Il limite di spesa annuo

Il limite di spesa annuo corrisponde a quello indicato ad ogni singolo intervento elencato al successivo punto "Elenco interventi chirurgici".

6.1.2 Ospedalizzazione domiciliare per intervento chirurgico intendendo per tali quelli elencati al successivo punto "Elenco interventi chirurgici"

Il Piano sanitario, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero con intervento chirurgico intendendo per tale uno di quelli elencati al successivo punto "Elenco interventi chirurgici", indennizzabile dal Piano stesso e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Isritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.



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

6.1.3 Indennità sostitutiva, diaria da convalescenza e indennità giornaliera



La disponibilità annua per l'insieme delle prestazioni di cui al presente punto "Indennità sostitutiva, diaria da convalescenza e indennità giornaliera" è di € 10.000,00 per nucleo familiare.

6.1.3.1 Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto "Elenco interventi chirurgici"

L'Isritto, qualora non richieda alcun rimborso né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità del Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, di provvedere al pagamento delle spese

sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero e/o ticket sanitari, avrà diritto a un'indennità di **€ 145,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **10** giorni per ogni ricovero. La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

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 l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.1.3.2 Diaria da convalescenza per ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto "Elenco interventi chirurgici"

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico indennizzabile dal Piano sanitario, viene garantita una diaria da convalescenza di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **10** giorni per anno associativo e per nucleo familiare.

La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.

Rimane inteso che la presente diaria è operante in modo aggiuntivo alle eventuali coperture erogate e/o indennizzate a seguito di ricovero con intervento chirurgico di cui al successivo punto "Elenco interventi chirurgici".

6.1.3.3 Indennità giornaliera per ricovero medico e per ricovero con intervento chirurgico non compreso tra quelli elencati al al successivo punto "Elenco interventi chirurgici"

L'iscritto, in caso di ricovero in istituto di cura per ricovero medico o per ricovero con intervento chirurgico non compreso tra quelli elencati al successivo punto "Elenco interventi chirurgici", avrà diritto a un'indennità di **€ 50,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **30** giorni per ogni ricovero. **L'indennità verra erogata a partire dal 6° giorno di ricovero.**

La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

La presente indennità giornaliera si intende erogabile anche in caso di **parto naturale o cesareo** oppure in caso di **aborto terapeutico o spontaneo**.

6.2. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")	Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
Angiografia	Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
Artrografia	Scialografia
Broncografia	Splenoportografia
Cistografia	Urografia
Cistouretrografia	Vesciculodeferentografia
Clisma opaco	Videoangiografia
Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)	Wirsunggrafia
Colangiografia percutanea (PTC)	Accertamenti
Colangiografia trans Kehr	Ecocardiografia
Colecistografia	Elettroencefalogramma
Dacriocistografia/Dacriocistotac	Elettromiografia
Defecografia	Mammografia o Mammografia Digitale
Fistolografia	PET
Flebografia	Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
Fluorangiografia	Scintigrafia
Galattografia	Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
Isterosalpingografia	Terapie
Mielografia	Chemioterapia
Retinografia	Cobaltoterapia
Rx esofago con mezzo di contrasto	Dialisi
	Radioterapia

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Isritto di **€ 25,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Isritto.

to alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

• **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**
L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. 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.



La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 4.000,00 per Isritto.

6.3. VISITE SPECIALISTICHE

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

• **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Isritto di **€ 25,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € **25,00** per ogni visita specialistica. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.



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

6.4. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Isritto di € **25,00** per accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € **25,00** per ogni accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.



La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 300,00 per l'iscritto.

6.5. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, compresa anche la fisiokinesiterapia, a seguito di malattia o infortunio esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché 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, shiatsu.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

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

• Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse lasciando una quota a carico dell'iscritto di **€ 25,00** per ogni ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante come sopra indicato.

• In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di **€ 25,00** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso è necessario che l'iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante come sopra indicato.



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

6.6. RIMBORSO TICKET PER PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il Piano sanitario, nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, per le prestazioni previste ai punti "Alta specializzazione", "Visite specialistiche", "Accertamenti diagnostici" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi", rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Iscritto.

Si intendono compresi anche i ticket emessi dal Pronto Soccorso a seguito delle prestazioni sopra indicate.



La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 1.000,00 per Iscritto.

6.7. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche, il Piano sanitario liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero) con un limite di spesa annuo autonomo.

Si intendono inclusi in copertura anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse, senza alcun importo a carico dell'Iscritto.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80%.

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.



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

6.8. PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche ed apparecchi acustici.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** e con un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.



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

6.9. LENTI

Il Piano sanitario rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto.

Per l'attivazione della copertura è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.



La disponibilità annua per la presente copertura è di € 75,00 per nucleo familiare.

6.10. ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

Rientrano in copertura visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

• Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile del **20%**, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

• In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** per fattura/persona.

• Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.



La disponibilità annua per la presente copertura è di
€ 250 per lavoratore iscritto;
€ 300 per nucleo 1 (lavoratore + 1 componente);
€ 350 per nucleo 2 (lavoratore + 2 o più componenti).

6.11. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano" al punto 3, Il Piano sanitario liquidava all'Isritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, con le modalità sottoindicate.

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.

• **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile del **20%**, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

• **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate**
L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Isritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** per fattura/persona.

• **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.



La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

6.12. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso del cavo orale;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti radicolari;
- cisti follicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- intervento per iperostosi, osteomi (toro - palatino, toro mandibolare ecc.);
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico;
- rizotomia e rizectomia;
- accesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Solo nei casi sopraelencati è previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale a completamento dell'intervento.

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 medica necessaria per ottenere l'indennizzo consiste in:

radiografie e referti radiologici per:

- osteiti mascellari;
- iperostosi;
- osteomi;
- rizotomia e rizectomia;
- accesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- intervento per iperostosi, osteomi (toro - palatino, toro mandibolare ecc.);

radiografie, referti radiologici e referti istologici per:

- odontoma;
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- adamantinoma;

- neoplasie ossee;
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile del **20%**, che dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

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

L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** per fattura/persona.

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

Il Fondo FASG&P, attraverso UniSalute, rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Relativamente al regime ospedaliero si precisa che in questo caso, oltre ai costi dell'equipe operatoria, sono compresi i costi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) relativi a:

- **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 oltre agli impianti come sopraindicato.
- **Assistenza medica, medicinali, cure:** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- **Rette di degenza:** Non sono comprese in copertura le spese volontarie.



La disponibilità annua per la presente copertura è di € 3.000,00 per nucleo familiare.

6.13. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASG&P 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.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Prestazioni previste, per gli uomini e per le donne, una volta l'anno:

- 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
- elettrocardiogramma di base

PREVENZIONE ONCOLOGICA

in aggiunta alla "Prevenzione Cardiovascolare", sono previste anche le seguenti prestazioni una volta l'anno:

per gli uomini:

- PSA

Per le donne:

- mammografia + Pap-test

Sia per gli uomini che per le donne:

- feci: ricerca del sangue occulto
- ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)

6.14. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario, per esaurimento del limite di spesa previsto o perché inferiore ai minimi non indennizzabili e rimanga a totale carico dell'Isritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Isritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

SEZIONE SECONDA

6.15. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE-PROTEZIONE COMPLETA PER ISCRITTI CON ETA' MINIMA 18 ANNI

6.15.1 Oggetto della copertura

In deroga a quanto previsto al punto "Casi di non operatività del piano", Il Piano sanitario, nel limite di spesa mensile di cui al punto "Limite di spesa garantito", prevede attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo punto "Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA" al punto 4, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Isritto.

6.15.2 Condizioni di associabilità

All'effetto del Piano sanitario, ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte devono rientrare nelle seguenti condizioni:

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.

6.15.3 Limite di spesa mensile garantito

Nel caso in cui l'Isritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate corrisponde a **€ 300,00** per la durata massima di **12** mesi.

6.15.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Isritto 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 lo schema 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'insorgere 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: 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

6.15.5 Piano assistenziale 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'Isritto o l'Isritto stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", dovrà telefonare alla Centrale Operativa (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde **indicato a inizio guida** e fornire le informazioni richieste per potere fruire, nell'ambito del limite di spesa mensile previsto al punto "Limite di spesa mensile garantito" e previa valutazione del Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, intervistando telefonicamente l'Isritto, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Isritto, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, 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'Isritto una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Isritto, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Isritto, dovrà produrre la documentazione specificata al successivo punto "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte del Fondo FASG&P attraverso Unisalute". Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, 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 il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'Isritto 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'Isritto una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Isritto o dai familiari.

Qualora l'Isritto nel limite di spesa mensile previsto di cui al punto "Limite di spesa mensile garantito", provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Isritto che nelle strutture stesse.

All'Isritto 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 del Fondo FASG&P, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Isritto e quelle eventualmente rifiutate dall'Isritto. Questo documento dovrà essere firmato dall'Isritto, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Isritto, 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.

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni, esclusivamente in strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo FASG&P, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Isritto stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni. Qualora a seguito dell'esaurimento del limite di spesa mensile previsto, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Isritto, è pos-

sibile 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 delle strutture convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, 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), il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Iscritto, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte delle strutture convenzionate, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, 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 utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, 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, il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate attraverso Unisalute, nel limite di spesa mensile previsto.

Qualora invece le condizioni dell'Iscritto non rientrassero più nei para-

metri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Iscritto stesso.

3) Nel caso in cui Unisalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Iscritto.

Laddove il punteggio assegnato dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, 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), il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, 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 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),

il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvederà a rimborsargli, nel limite di spesa previsto al punto "Limite di spesa mensile garantito", esclusivamente la retta mensile.

6.15.6 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

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 **indicato a inizio guida** e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre 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: Fondo FASG&P presso 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 copertura 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 al Fondo FASG&P, presso Unisalute, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il tardivo o omissivo contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l'impossibilità per il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Iscritto sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Iscritto al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura, decorre dal momento in cui il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, 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 al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto 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 al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto 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'Isritto, dovrà essere inviata al Fondo FASG&P, presso Unisalute. Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

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

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Isritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste dalla presente copertura 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 dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, quando il Piano sanitario 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'Isritto intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto previsto dal Piano sanitario, con le modalità di cui ai punti "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" e "Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA" decorre dal momento in cui il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Isritto.

6.15.7 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte del Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, secondo le condizioni del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Isritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti al punto "Limite di spesa mensile garantito" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti:

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

6.15.7.1 Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali

In caso di erogazione delle prestazioni, avvalendosi di strutture e/o di personale convenzionati, il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'Isritto opti per il pagamento diretto della badante da parte del Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Isritto oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Isritto.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Isritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture del Piano sanitario, eccedenti la somma garantita o non autorizzate dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute.

6.15.7.2 Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Fondo FASG&P – presso UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura 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'Isritto 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'Isritto; 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'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FASG&P, presso Unisalute, tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

Il pagamento di quanto spettante all'Isritto viene effettuato su presentazione al Fondo FASG&P, presso Unisalute, della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Isritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, 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.

6.15.8 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Isritto, a controlli presso l'Isritto 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'Isritto. In caso di rifiuto da parte dell'Isritto di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta.

6.16. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ISCRITTI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI

6.16.1 Oggetto della copertura

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Isritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza".

6.16.2 Condizioni di associabilità

Ai fini dell'operatività della copertura, le persone iscritte non devono rientrare in una delle seguenti condizioni:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo 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 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. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.16.3 Limite di spesa mensile garantito

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Isritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 300,00** da corrispondersi per una durata massima di 12 mesi.

6.16.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Isritto 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.

6.16.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea

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

- a) chiamare il numero verde gratuito indicato a inizio guida e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre al Fondo FA-SG&P, attraverso Unisalute, ai fini della valutazione medica finale;
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a:

Fondo FASG&P presso 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 copertura 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'Isritto, 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'Isritto;
- 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'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Fondo FASG&P presso Unisalute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, ha la facoltà di sottoporre l'Isritto ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato le coperture del Piano sanitario non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Isritto 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 al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto 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 al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Isritto 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'Isritto, dovrà essere inviata al Fondo FASG&P, presso Unisalute.

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

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

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Isritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste nella presente copertura, all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto previsto dalla copertura, con le modalità di cui ai punti "Erogazione diretta delle prestazioni di assistenza" e "Richiesta di rimborso spese" decorre dal momento in cui il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, considererà completa la docu-

mentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Isritto.

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

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte del Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, secondo le condizioni del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Isritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti al punto "Limite di spesa mensile garantito" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti:

- 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 il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Isritto.

6.16.7 Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Isritto richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati da Unisalute per il Fondo FASG&P, 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'Isritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture del Piano sanitario, eccedenti il limite di spesa garantito o non autorizzate dal Fondo FASG&P, attraverso Unisalute.

6.16.8 Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Fondo FASG&P presso UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura 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'Isritto 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'Isritto;
- 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'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare al Fondo FASG&P presso Unisalute 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'Isritto 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'Isritto viene effettuato su presentazione al Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Isritto, a fronte di specifica richiesta da parte del Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, 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.

6.16.9 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, si riserva la facoltà di procede-

re in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Isritto, a controlli presso l'Isritto 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'Isritto. In caso di rifiuto da parte dell'Isritto di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita potrà essere sospeso dalla data della richiesta.

6.17. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-016637 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASG&P.

I seguenti servizi di consulenza e assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016637, 24 ore su 24, 365 giorni l'anno festivi compresi.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Isritto necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Isritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

e) Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche/fisioterapiche, il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvederà, nei **10** giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere o un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino ad un massimo di **1** ora al giorno, per un massimo di **7** giorni.

Per l'attivazione della copertura, l'Isritto dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

f) Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvederà, nelle **4** settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di **6** ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di **2** settimane. Per l'attivazione della copertura, l'Isritto dovrà comunicare alla Centra-

Le Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione **3** giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

g) Invio di medicinali a domicilio

L'assistenza sarà prestata qualora l'Isritto necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui.

Il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Isritto, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare. A carico dell'Isritto resta solo il costo dei medicinali.

h) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di **300'000** metri e con il massimo di **€ 300,00** per sinistro e per persona.

i) Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l'Isritto, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono coperte sino ad un massimo di 300'000 metri complessivi a/r.

La copertura non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

j) Spesa a domicilio

Nei casi di:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee

- Fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- Fratture del bacino

che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, il Fondo FASG&P, attraverso Unisalute, provvederà nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Isritto di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L'Isritto sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.



7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco degli interventi di cui al punto "Elenco interventi chirurgici");
2. gli interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile e comunque tutti gli atti finalizzati alla fecondazione artificiale;
3. i Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in Strutture per lunga degenza;
4. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica sportiva esercitata professionalmente;
6. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allenamenti;
7. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assistito;
8. 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, salvo le radiazioni provocate dalla Radioterapia;
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

10. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
11. certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive;
12. imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio;
13. iniezioni sclerosanti;
14. medicina legale e medicina del lavoro;
15. medicinali, salvo quanto previsto al punto "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al punto "Elenco interventi chirurgici");
16. prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc.;
17. medicina omeopatica e/o alternativa;
18. ricoveri in Case di Cura dedicate al benessere della persona;
19. tutte le prestazioni non espressamente previste nel presente piano sanitario.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Odontoiatria/Ortodonzia" il piano sanitario non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Limitatamente alle prestazioni previste ai punti "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa per

iscritti con età minima 18 anni" e "Stati di non autosufficienza temporanea per iscritti con età minima 18 anni" in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, la copertura 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 radiazio-

- ni 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'Isritto 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'Isritto ad atti criminali;
 10. di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
 11. delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.
 12. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.



8. CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate corrispondono ai seguenti importi:

Soggetto iscritto	Contributo a carico del lavoratore
Solo lavoratore	€ 96,00
Lavoratore con un solo componente del proprio nucleo familiare	€ 288,00
Lavoratore con due o più componenti del proprio nucleo familiare	€ 384,00

Ricordando che è possibile l'iscrizione anche del nucleo familiare come sopra indicato, per tutto ciò che riguarda le modalità di adesione, occorre fare riferimento al regolamento del Fondo FASG&P presente sul sito www.fasgep.it.



9.

ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. ESTENSIONE TERRITORIALE

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

9.2. LIMITI DI ETÀ

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 90° anno di età dell'Iscritto, cessando alla prima scadenza annuale del Piano stesso successiva al compimento di tale età da parte dell'Iscritto; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare la copertura cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 90° anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

9.3. GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo FASG&P

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 da UniSalute per il Fondo FASG&P

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge. Qualora il Fondo FASG&P dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Iscritto al Fondo FASG&P (presso UniSalute via Larga, 8- 40138 Bologna) che, con cadenza

mensile, la restituirà all'Isritto al termine della procedura rimborsuale. Nel caso di prestazioni non indennizzabili la documentazione di spesa, nel caso in cui sia stata inviata in originale, viene restituita all'Isritto dal Fondo contestualmente alla relativa comunicazione.

Per le prestazioni avvenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.



ATTENZIONE

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.



10.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Sezione Nomenclatore	Cardiochirurgia e chirurgia toracica	Limite massimo di spesa
CARDIOCHIRURGIA	Trapianto cardiaco	45.000
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	7.500
	Tutti gli interventi: a cuore chiuso	15.000
	Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati	18.000
CHIRURGIA DEL PIEDE	Amputazioni falangee/metatarsali	2.000
	Protesi di caviglia	7.500
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	Mastectomia radicale ed eventuale asportazione di linfonodo	10.500
CHIRURGIA DELLA MANO	Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)	10.500
	Reimpianto microchirurgico del dito	18.000
	Ricostruzione del pollice	18.000
	Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	7.500
CHIRURGIA DERMATOLOGICA - CRIOTERAPIA - LASERTERAPIA	Ampiamento dell'exeresi di melanoma	2.000
	Asportazione di Melanoma	2.000
CHIRURGIA GENERALE	Asportazione di diverticolo esofageo	7.500
	Cardioplastica	7.500
	Colectomia totale	10.500
	Colectomie parziali	7.500
	Deconnessione azigos-portale pervia addominale	10.500
	Derivazioni biliodigestive	7.500
	Drenaggio di ascesso epatico	7.500
	Epatotomia e coledocotomia	15.000
	Esofagotomia cervicale	7.500

CHIRURGIA GENERALE	Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	10.500
	Gastroectomia se allargata	18.000
	Gastroectomia totale	15.000
	Interventi con esofagoplastica	10.500
	Interventi per echinococchi	10.500
	Interventi per neoplasie del retto - ano	7.500
	Interventi per neoplasie pancreatiche	10.500
	Interventi per pancreatite acuta	15.000
	Interventi per pancreatite cronica	7.500
	Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	15.000
	Interventi sulla papilla di Water	7.500
	Intervento per fistola gastro-digiunocolica	10.500
	Mega-esofago e esofagite da reflusso	10.500
	Operazione per megacolon	15.000
	Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticata	10.500
	Papillotomia per via transduodenale	7.500
	Proctocolectomia totale	15.000
	Reinterventi sulle vie biliari	10.500
	Resezione gastrica	15.000
	Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria	15.000
	Resezioni epatiche	15.000
	se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	7.500
	Splenectomia	7.500
	Surrenalectomia	15.000
	Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	10.500
	Svuotamento laterocervicale bilaterale	7.500
	Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	7.500
Tiroidectomia totale (chirurgica o con radioiodio terapia)	15.000	
Trapianto di fegato	45.000	
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	Frattura del IH superiore della faccia (NEF): con scalpo	7.500
	Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	15.000
	Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	15.000
	Plastiche per paralisi facciali: Dinamica	7.500
	Push-bach e faringoplastica	7.500

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	7.500
	Riduzione frattura orbitaria	10.500
CHIRURGIA PEDIATRICA	Asportazione di fistole congenite	7.500
	Correzioni di malformazioni parietali	15.000
	Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	15.000
	Intervento per craniostenosi	15.000
	Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	15.000
	Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati	15.000
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	7.500
	Gravi e vaste mutazioni del viso	22.500
	Labioalveoloschisi bilaterale	7.500
	Labioschisi bilaterale	7.500
	Palatoschisi totale	7.500
	Ricostruzione della emimandibola	7.500
	Ricostruzione vaginale	10.500
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	Correzioni di malformazioni parietali	15.000
	Interventi per ferite del polmone	7.500
	Interventi per fistole bronchiali	15.000
	Interventi per tumori	18.000
	Malformazione della gabbia toracica	18.000
	Pleuropneumectomia	22.500
	Pneumectomia	15.000
	Resezione bronchiale con reimpianto	22.500
	Resezione costali	7.500
	Resezioni segmentane e lobectomia	15.000
	Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	15.000
	Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	7.500
	Timectomia per via toracica	7.500
	Toracotomia esplorativa	7.500
	Trapianto di polmone	45.000
Tumori della trachea	22.500	
CHIRURGIA VASCOLARE	Anastomosi mesenterica-cava	15.000
	Anastomosi porta-cava e splenorenale	15.000
	Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	15.000
	Disostruzione e by-pass aorto-addominale	15.000
	Disostruzione e by-pass arterie periferiche	10.500
	Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	7.500

CHIRURGIA VASCOLARE	Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	22.500
	Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	15.000
	Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	10.500
	Interventi per aneurismi artero- venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	10.500
	Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	15.000
	Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	15.000
	Interventi per innesti di vasi	10.500
	Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	15.000
	Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	15.000
	Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	7.500
	Legatura di grossi vasi	7.500
	Legatura vena cava inferiore	10.500
	Resezione arteriosa con plastica vasale	15.000
	Sutura arterie periferiche	7.500
	Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	7.500
	Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	10.500
	GASTROENTEROLOGIA (CHIRURGIA GASTROENTEROLOGICA ED ENDOSCOPICA - ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA)	Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica
Trombectomia venosa periferica cava		7.500
Trombectomia venosa periferica iliaca		7.500
GINECOLOGIA	Interventi chirurgici per ipertensione portale	7.500
	Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	10.500
GINECOLOGIA	Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	10.500
	Miomectomia e l o ricostruzione plastica dell'utero	7.500

NEUROCHIRURGIA	Anastomosi dei vasi extra-intracranici	22.500
	Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	22.500
	Anastomosi endocranica dei nervi cranici	7.500
	Anastomosi extracranica di nervi cranici	10.500
	Apertura di ascesso cerebrale	15.000
	Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	7.500
	Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	22.500
	Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	10.500
	Asportazione tumori ossei della volta cranica	15.000
	Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	15.000
	Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	10.500
	Cordotomia e mielotomia per cutanea	15.000
	Cranioplastica	10.500
	Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	10.500
	Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	15.000
	Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	15.000
	Emisferectomia	22.500
	Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	15.000
	Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	15.000
	Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	22.500
	Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	10.500
	Interventi per traumi cranio cerebrali	15.000
	Interventi per traumi vertebro-midollari	10.500
	Interventi per traumi vertebro- midollari con stabilizzazione chirurgica	15.000
	Interventi sul plesso brachiale	18.000
	Intervento per encefalomeningocele	15.000
	Intervento per epilessia focale e callosotomia	15.000
	Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	18.000
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	10.500	
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	15.000	

NEUROCHIRURGIA	Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	15.000
	Radiochirurgia gammaknife	7.500
	Radiochirurgia stereotassica	7.500
	Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	10.500
	Simpaticectomia cervico-toracica	10.500
	Simpaticectomia lombare	7.500
	Spondilolistesi	10.500
	Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili	18.000
	Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	22.500
	Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	15.000
	Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	15.000
OCULISTICA	Asportazione tumori dell'orbita	10.500
	Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	7.500
	Odontocheratopresi	10.500
	Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	15.000
	Operazione di Kroenlein od orbitotomia	10.500
	Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	7.500
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Artroprotesi di anca	22.500
	Artroprotesi di ginocchio	15.000
	Artroprotesi di gomito	7.500
	Asportazione tumori dei nervi periferici	7.500
	Empipectomia	15.000
	Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	22.500
	Protesi totale per displasia d'anca	22.500
OSTETRICIA	Laparotomia per gravidanza extrauterina	7.500
OTORINOLARINGO-IATRIA	Anastomosi e trapianti nervosi	10.500
	Asportazione della parotide	7.500
	Asportazione di tumori dell'orecchio medio	7.500
	Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	10.500
	Atresia auris congenita: ricostruzione	10.500
	Chirurgia del sacco endolinfatico	10.500

OTORINOLARINGO- IATRIA	Chirurgia della Sindrome di Mènière	7.500
	Cordectomia per via tirotomica	7.500
	Distruzione del labirinto	7.500
	Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	7.500
	Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale	7.500
	Interventi per paralisi degli abduuttori	10.500
	Laringectomia parziale	10.500
	Laringectomia ricostruttiva	15.000
	Laringectomia sopraglottica	10.500
	Laringectomia totale	15.000
	Laringofaringectomia	10.500
	Neurinoma dell'VIII paio	22.500
	Parotidectomia totale con preparazione del facciale	7.500
	Sezione del nervo cocleare	18.000
	Sezione del nervo vestibolare	18.000
	Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	7.500
	Trattamento delle petrositi suppurate	10.500
Tumori parafaringei	15.000	
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	Fistole arterovenose polmonari	15.000
UROLOGIA - DIAGNOSTICA UROLOGICA - UROLOGIA	Amputazione totale del pene	10.500
ENDOSCOPICA ED OPERATIVA	Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	7.500
	Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder	22.500
	Cistoprostatovesicolectomia conneovesica rettale	18.000
	Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileouretroanastomosi	18.000
	Cistoprostatovesicolectomia con ureterosigmoidostomia	15.000
	Diverticolectomia con U.C.N.	7.500
	Emitrignectomia	7.500
	Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-uretale	10.500
Ileo bladder	7.500	

ENDOSCOPICA ED OPERATIVA	Ileo e'lo colonicoplastiche	15.000
	Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	7.500
	Lombotomia per ascessi pararenali	7.500
	Nefrectomia allargata per tumore	18.000
	Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	22.500
	Nefrectomia parziale	15.000
	Nefrectomia semplice	7.500
	Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	15.000
	Nefroureterectomia totale	22.500
	Orchidopessi bilaterale	7.500
	Orchiectomia allargata per tumore	15.000
	Orchifuniculectomia per via inguinale	7.500
	Pielotomia	7.500
	Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	7.500
	Plastica per ipospadia ed epispadia	10.500
	Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	22.500
	Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	15.000
	Plastiche di ricostruzione per ipospadia	10.500
	Resezione renale con clampaggio vascolare	15.000
	Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	7.500
	Riparazione di fistola vescico intestinale	10.500
	Riparazione fistole vescico vaginali	10.500
	Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	22.500
	Sigmoidostomia	7.500
	Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	15.000
	Trapianto renale	45.000
	Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	10.500
	Ureterocistoneostomia con psiozzazione vescicole	10.500
	Ureterocistoneostomia monolaterale	7.500
	Ureteroplastica	7.500
	Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale	10.500
Uretrectomia	7.500	



fasG&P
PER LA TUA SALUTE

Foro Buonaparte, 59 - 20121 Milano
info@fasgep.it - Tel. 02 45377180

WWW.FASGEP.IT