

Guida al Piano sanitario

Familiari NON fiscalmente a carico

Fondo EBM Salute

Edizione 2025/2026
Valida fino al 31/12/2026

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse da ricovero accedi all'Area Riservata del sito

www.ebmsalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

**In alternativa, per tutte le prestazioni e obbligatoriamente in
caso di ricovero per cure oncologiche per neoplasie maligne,**
contatta preventivamente il

Numero Verde

800-009674

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051-4161781

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

Guida al Piano sanitario

Familiari NON fiscalmente a carico

Fondo EBM Salute

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la convenzione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Le prestazioni del Piano sanitario sono garantite da



1. SOMMARIO

2. BENVENUTO..... 6

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 6

3.1.	Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per Fondo EBM Salute	6
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata da UniSalute per Fondo EBM Salute	8
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	9
3.4.	Meccanismo di funzionamento delle franchigie, scoperti e limiti di spesa	10

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE 11

4.1.	Come faccio a registrarmi all'Area Riservata EBM Salute per accedere ai servizi UniSalute?	11
4.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute?	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 strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute?	14
4.7.	L'app UniSalute	14
4.7.1.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	15
4.7.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute?	15
4.7.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	16
4.7.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	16

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA..... 17

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO 17

6.1.	Indennità giornaliera per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)	18
6.2.	Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico	19
6.3.	Cure oncologiche per neoplasie maligne	20
6.4.	Prestazioni di alta specializzazione	20
6.5.	Visite specialistiche	23
6.6.	Accertamenti diagnostici diversi da esami del sangue	24
6.7.	Ticket per esami del sangue e Pronto Soccorso	25
6.8.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	25
6.9.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi per patologie o interventi chirurgici come da elenco	26
6.10.	Prestazioni diagnostiche particolari	27
6.11.	Prestazioni diagnostiche particolari per i figli minorenni	29
6.12.	Prevenzione obesità infantile	30
6.13.	Pacchetto maternità	31
6.14.	Remise en Forme	32
6.15.	PMA procreazione medicalmente assistita	33
6.16.	Primi mille giorni: copertura per le future mamme	33
6.17.	Prestazioni odontoiatriche particolari	34

6.18.	Prestazioni di implantologia	35
6.19.	Cure dentarie da infortunio	36
6.20.	Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	37
6.21.	Accertamenti diagnostici odontoiatrici	39
6.22.	Prestazioni di emergenza odontoiatrica	39
6.23.	Servizio Monitor Salute	40
6.23.1	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche	42
6.24.	Lenti e occhiali	42
6.25.	Counselling psicologico	43
6.26.	Indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i figli disabili (garanzia valida solo per i figli minori di 18 anni)	43
6.27.	Vaccini	44
6.28.	SINDROME METABOLICA (garanzia operante per il solo titolare)	45
6.29.	Prestazioni a tariffe agevolate	46
6.30.	Diagnosi comparativa	47
6.31.	Servizi di consulenza	49
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	50
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	52
8.1.	Validità territoriale	52
8.2.	Limiti di età	52
8.3.	Gestione dei documenti di spesa	52
8.4.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	53
8.5.	Reclami	53
9.	INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018 – OVE SUSSISTANO I REQUISITI.....	55
10.	INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	55
11.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	57

2. BENVENUTO

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

I servizi online

Dall'Area Riservata del sito www.ebmsalute.it potrai accedere direttamente **alle pratiche funzioni online UniSalute** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

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

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per Fondo EBM Salute

UniSalute ha predisposto per gli iscritti a Fondo EBM Salute un sistema di **convenzionamenti con 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 nella pagina Piano Sanitario del sito www.ebmsalute.it, accedendo alla sezione UniSalute dell'Area Riservata EBM Salute o telefonando alla Centrale Operativa UniSalute **800-009674**.

In caso di ricovero per cure oncologiche per neoplasie maligne, per permettere di valutare la copertura, occorre inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica **almeno 5 giorni prima** della data prevista per l'evento.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal Piano alle singole coperture) perché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra Fondo EBM Salute, 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 usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

Al momento della prestazione, che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, ove previsto, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario (eventuali scoperti, franchigie o prestazioni non previste dal Piano sanitario).

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato da UniSalute per Fondo EBM Salute. Utilizza la funzione di Prenotazione accedendo al portale UniSalute tramite l'[Area Riservata](#) del sito www.ebmsalute.it, è comodo e veloce!

N.B: Qualora l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute, oppure qualora le strutture convenzionate fossero distanti più di 50 Km dalla residenza dello stesso, l'Iscritto potrà usufruire delle prestazioni richieste con i limiti e con le condizioni previste per le prestazioni effettuate presso le strutture convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute e con le specifiche previste dalle singole coperture.

Tale procedura potrà essere attivata esclusivamente dopo la verifica della centrale operativa e su avallo della stessa.

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata da UniSalute per Fondo EBM Salute

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private **non convenzionate** da UniSalute per Fondo EBM Salute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il **rimborso** delle spese accedi alla sezione UniSalute tramite l'[Area Riservata EBM Salute](#) per inviare i documenti direttamente online.



Richiesta rimborso online

Chiedi online 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 EBM Salute – presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40139 Bologna BO**. Si intendono gli invii esclusivamente tramite posta, sono esclusi gli invii tramite servizio Corrieri.

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

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova nella sezione *Documenti>Moduli compagnia assicuratrice* del sito www.ebmsalute.it o presente all'interno dell'**Area Riservata EBM Salute** nella sezione *Documenti Utili*;
- in caso di **ricovero per cure oncologiche per neoplasie maligne**, copia della cartella clinica conforme all'originale, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- copia quietanzata della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute).

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso il Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute, avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

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

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket accedendo al portale UniSalute tramite l'**Area Riservata** del sito www.ebmsalute.it. È facile e veloce!



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso ticket: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo!**

In alternativa, invia a **Fondo EBM Salute – presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40139 Bologna BO**, la documentazione necessaria. Si intendono gli invii esclusivamente tramite posta, sono esclusi gli invii tramite servizio Corrieri.

3.4. Meccanismo di funzionamento delle franchigie, scoperti e limiti di spesa

Applicazione della franchigia

1° esempio

Richiesta di rimborso € 100,00

Franchigia € 35,00

Indennizzo € 100,00 – 35,00 = € 65,00

2° esempio

Richiesta di rimborso € 20,00

Franchigia € 35,00

Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

Richiesta di rimborso € 100,00

Scoperto 20%

Indennizzo € 100,00 – 20% (€20,00) = € 80,00

Meccanismo di funzionamento del rimborso massimo per prestazione:

Richiesta di rimborso, per una prestazione € 100,00

Rimborso massimo per prestazione € 50,00

Indennizzo € 50,00

Meccanismo di funzionamento del massimale:

1° esempio

Somma assicurata € 300,00

Richiesta di rimborso per una fattura € 400,00
Indennizzo € 300,00.

2° esempio

Somma assicurata € 300,00

Richiesta di rimborso per varie fatture, inviate nel corso dello stesso anno € 100,00 + € 150,00 + € 200,00

Indennizzo massimo totale € 300,00.

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

All'interno dell'[Area Riservata EBM Salute](#) dalla sezione UniSalute puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario non connesse ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute**;

4.1. Come faccio a registrarmi all'Area Riservata EBM Salute per accedere ai servizi UniSalute?

È semplicissimo. Per effettuare la registrazione clicca sul bottone rosso **Area Riservata** presente in home page sul sito www.ebmsalute.it e segui le istruzioni del Manuale Registrazione Lavoratore presente nella sezione *Manuali e Video* disponibili in [Italiano](#), [Inglese](#) e [Francese](#).

Dall'[Area Riservata EBM Salute](#) puoi accedere direttamente al portale cliccando sull'icona UniSalute per **prenotare** visite ed esami o **richiedere rimborsi** delle prestazioni sanitarie effettuate, consultare l'**estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso, visualizzare l'**agenda** con gli appuntamenti, con possibilità di modificarli o disdirli. All'interno dell'[Area Riservata EBM Salute](#) potrai inoltre **verificare mese per mese la copertura** della polizza assicurativa.

4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute?

Attraverso l'[Area Riservata EBM Salute](#) puoi **prenotare** le prestazioni previste dal tuo Piano sanitario **presso le strutture convenzionate**.

Dalla sezione UniSalute dell'Area Riservata EBM Salute 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 e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce**!

4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Dalla sezione UniSalute dell'[Area Riservata EBM Salute](#) 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 faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Dalla sezione UniSalute dell'Area Riservata EBM Salute, accedi alla sezione **"Rimborsi"** e seleziona la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet, utilizza il [modulo di rimborso](#) che si trova nella sezione *Documenti>Moduli compagnia assicuratrice* del sito www.ebmsalute.it o all'interno dell'[Area Riservata EBM Salute](#) nella sezione *Documenti Utili* e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **Fondo EBM Salute – presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40139 Bologna BO**. Si intendono gli invii esclusivamente tramite posta, sono esclusi gli invii tramite servizio Corrieri.

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

Dalla sezione UniSalute dell'[Area Riservata EBM Salute](#) accedi alla sezione **"Estratto conto"**.

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

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

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

4.6. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute?

Dalla sezione UniSalute dell'[Area Riservata EBM Salute](#) accedi alla sezione **"Strutture convenzionate con UniSalute"**.

Effettua la ricerca tramite la funzione tradizionale (provincia, nome struttura, ecc..) per visualizzare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute.

4.7. L'app UniSalute

Con **UniSalute Up**, l'app di UniSalute, puoi:

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi richiedere di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti;

- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

4.7.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata, per registrarsi dovrai accedere all’[Area Riservata EBM Salute](#) dal sito www.ebmsalute.it per ricevere via email le credenziali di accesso all’app fornite da UniSalute.

UniSalute PER TE

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

4.7.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute?

Attraverso l’app puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

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

Puoi chiedere di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l’appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente.

In tutti i casi viene verificato in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e vieni avvisato immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

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

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

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

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

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

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

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

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

Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

Integra la documentazione mancante

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

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestatato a favore dei **nuclei familiari non fiscalmente a carico** delle Lavoratrici e dei Lavoratori **dipendenti** di aziende che applicano il [CCNL Unionmeccanica/Confapi PMI](#), iscritti al Fondo EBM Salute, **a fronte del versamento del relativo contributo a carico del dipendente stesso**, intendendo per tali il **coniuge**, compreso il **convivente** di fatto di cui alla legge 76/2016, ed i **figli** risultanti dallo stato di famiglia.

Le Lavoratrici e i Lavoratori iscritti possono decidere se estendere, a **pagamento**, il Piano Sanitario ai familiari **non** fiscalmente a carico solo nel corso della campagna di adesione annuale. L’importo della quota e la finestra temporale per l’adesione vengono deliberati di anno in anno dal Comitato Esecutivo EBM Salute in accordo con UniSalute.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

- ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico;
- diaria giornaliera per ricovero per grande intervento chirurgico, intendendo per tali quelli elencati in calce;
- cure oncologiche per neoplasie maligne;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici diversi da esami del sangue;
- ticket per esami del sangue e di Pronto Soccorso;

- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi per patologie o interventi chirurgici come da elenco;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- prestazioni diagnostiche particolari per i figli minorenni;
- prevenzione obesità infantile;
- pacchetto maternità;
- remise en forme;
- PMA procreazione medicalmente assistita;
- primi mille giorni: copertura per le future mamme;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni di implantologia;
- cure dentarie da infortunio;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- prestazioni di emergenza odontoiatrica;
- servizio monitor salute;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche;
- lenti e occhiali;
- counselling psicologico;
- indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i figli disabili (garanzia valida solo per i figli);
- prestazioni a tariffe agevolate;
- vaccini;
- sindrome metabolica;
- diagnosi comparativa;
- servizi di consulenza.

6.1. Indennità giornaliera per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)

L'Iscritto, in caso di ricovero per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato), avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00 per**

ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento.

6.2. Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico

Il Piano sanitario, in caso di ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico (come da elenco allegato) mette a disposizione, in strutture sanitarie convenzionate, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica per il recupero della funzionalità fisica e di un programma medico/riabilitativo che prevede consulenza e organizzazione delle prestazioni, anche di tipo assistenziale secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, per un periodo di **120** giorni dalla data di dimissione.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Fondo EBM Salute per il tramite di UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute**

Le prestazioni, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto, vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%**.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente

copertura è di € 10.000,00 per nucleo familiare.

6.3. Cure oncologiche per neoplasie maligne

Il Piano sanitario, nei casi di malattie oncologiche maligne, liquida le spese effettuate in regime di ricovero o day hospital.

Sono previste inoltre le spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuate in regime di extraricovero.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute**

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

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

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati integralmente.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di:

- € 10.000,00 per nucleo familiare in caso di utilizzo strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati;

- € 5.000,00 per nucleo familiare in caso di utilizzo strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute.

6.4. Prestazioni di alta specializzazione

Il Piano sanitario provvede al pagamento, delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere

Alta diagnostica radiologica:

- Angiografia

- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti:

- Accertamenti endoscopici (nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero, in corso di esame, in endoscopie operative, verrà garantita la copertura dell'endoscopia diagnostica, mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico dell'Isritto).
- Amniocentesi e Villocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)

- Ecocardiografia
- Ecografia transvaginale
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie:

- Dialisi

■ In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, con le seguenti modalità:

- applicazione di una franchigia di **€ 20,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione;
- senza l'applicazione di alcuna franchigia per le **prestazioni effettuate dai figli di età inferiore a 18 anni**.

L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

■ In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute

Le spese sostenute vengono rimborsate con un importo massimo rimborsabile di **€ 50,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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.

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

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati integralmente.

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.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 12.500,00 per nucleo familiare.

6.5. Visite specialistiche

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e 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.

▪ **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, con le seguenti modalità:

- applicazione di una franchigia di **€ 20,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione;
- senza l'applicazione di alcuna franchigia per le **prestazioni effettuate dai figli di età inferiore a 18 anni.**

L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio

medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

▪ **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con un importo massimo rimborsabile di **€ 30,00** per ogni visita specialistica.

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.

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

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati integralmente.

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.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 2.500,00 per nucleo familiare.

6.6. Accertamenti diagnostici diversi da esami del sangue

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

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per Fondo EBM Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

▪ **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00** per ogni accertamento

diagnostico, 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 contenente la patologia presunta o accertata.

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

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati integralmente.

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.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.

6.7. Ticket per esami del sangue e Pronto Soccorso

Il Piano sanitario provvede al rimborso dei ticket sanitari per esami del sangue e Pronto Soccorso.

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati integralmente.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.

6.8. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

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

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre,

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

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per Fondo EBM Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra indicato.

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

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono integralmente. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 850,00 per nucleo familiare.
--

6.9.Trattamenti fisioterapici riabilitativi per patologie o interventi chirurgici come da elenco

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici **a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati**, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico “di base” e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto

- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi d'anca
- Protesi ginocchio
- Patologie polmonari

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per Fondo EBM Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. L'Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra indicato.

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

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono integralmente. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.

6.10. Prestazioni diagnostiche particolari

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **da effettuare una volta nel periodo dal 01/11/2025 al 31/12/2026, in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute 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.

Prestazione previste per gli uomini:

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

Prestazione previste per le donne:

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia

- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- pap-test
- Visita specialistica ginecologica
- Visita specialistica cardiologia + elettrocardiogramma

6.11. Prestazioni diagnostiche particolari per i figli minorenni

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta nel periodo dal 01/11/2025 al 31/12/2026 in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni previste per i figli minorenni dell'Iscritto, sono 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.

Pacchetto 0 mesi - 14 anni

- Visita specialistica pediatrica

Pacchetto 15 -18 anni

- Visita specialistica endocrinologica

Prestazioni previste per ogni iscritto/a, una visita nel periodo dal 01/11/2025 al 31/12/2026 da scegliere tra quelle sotto elencate:

Pacchetto 0 mesi - 18 anni

- Visita specialistica oculistica
- Visita specialistica otorinolaringoiatrica,
- Visita specialistica odontoiatrica/ortodontica

- Visita specialistica ortopedica

6.12. Prevenzione obesità infantile

La copertura è prestata a favore dei figli del titolare, di età compresa tra i 4 e 17 anni, già in copertura oppure inseriti nel Piano sanitario per la sola copertura “Prevenzione obesità infantile”, mediante procedura di adesione online disponibile accedendo alla sezione UniSalute dall’[Area Riservata EBM Salute](#), con contestuale richiesta di attivazione della copertura stessa.

Per attivare la copertura l’Iscritto dovrà compilare un questionario dati volto ad individuare eventuali stati di rischio di obesità nei figli da 4 a 17 anni, e “confermare il suo invio” a UniSalute.

UniSalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà al genitore iscritto tramite e-mail, l’esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica, sull’area riservata del sito internet accessibile tramite username e password.

Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, rivolti all’Iscritto per i propri figli, anche in collaborazione con un medico UniSalute.

Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che il figlio si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, UniSalute per Fondo EBM Salute provvederà all’organizzazione e al pagamento di una visita specialistica dal pediatra/dietologo, da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, UniSalute provvederà a contattare il genitore iscritto via

e-mail una volta al mese per un periodo di tre mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario a UniSalute.

6.13. Pacchetto maternità

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- ecografie di controllo;
- visite specialistiche;
- amniocentesi;
- analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza.

▪ **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

▪ **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute**

La copertura prevede **esclusivamente il rimborso** senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia **per due visite specialistiche ginecologiche post parto** (necessario presentare la lettera di dimissioni del parto).

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

I ticket sanitari a carico dell'Isritto vengono rimborsati integralmente.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 600,00 per nucleo familiare.

Il Piano sanitario provvede inoltre al pagamento, **solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società**, delle seguenti prestazioni:

- supporto psicologico post parto fino ad un massimo di **5** sedute per evento entro **6** mesi dal parto (avvenuto nell'anno associativo di copertura).

6.14. Remise en Forme

In caso di parto, sia naturale che cesareo, avvenuto durante l'operatività del presente Piano sanitario, sono comprese in copertura le spese relative ad un pacchetto di 3 giorni di Remise en Forme che l'Iscritta potrà effettuare entro un anno dall'evento del parto, e in un'unica soluzione, presso uno dei Centri Termali convenzionati da UniSalute per Fondo EBM Salute appositamente per questa copertura.

Sono comprese in copertura le spese* per:

1° giorno: accoglienza; visita medica (si precisa che la visita medica è da intendersi obbligatoria così come l'esito positivo all'idoneità alle prestazioni del presente pacchetto), seduta in acqua;

2° giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo; attività motoria in palestra o all'esterno o percorso vascolare e trattamento corpo;

3° giorno: attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfodrenaggio o analogo, trattamento corpo.

*i pacchetti possono subire variazioni per esigenze organizzative e per le peculiarità dei singoli Centri Termali.

Ai fini dell'attivazione della presente copertura è necessario **contattare preventivamente la Centrale Operativa.**

Relativamente ad eventuali spese di soggiorno alberghiero presso la struttura convenzionata che lo preveda e nella quale si effettua il pacchetto di Remise en Forme, potrà essere messo a disposizione un voucher per usufruire dell'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al listino normalmente previsto dalla struttura alberghiera termale.

6.15. PMA procreazione medicalmente assistita

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 6, il Piano sanitario rimborsa all'Iscritta le spese extra-ospedaliere (compresi gli interventi ambulatoriali) sostenute per procreazione medicalmente assistita.

La copertura è operante per le sole donne.

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per Fondo EBM Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati integralmente.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 1.000,00 per persona.

6.16. Primi mille giorni: copertura per le future mamme

Il progetto «primi1000giorni» intende coinvolgere le famiglie in un modello unico al mondo focalizzato sulle primissime fasi di sviluppo del bambino, che integra tecnologie e conoscenze all'avanguardia nel campo della medicina molecolare, dell'educazione/formazione e dei dispositivi portatili, per prevenire l'insorgenza delle malattie non trasmissibili mediante:

- percorsi di educazione personalizzati sulla base delle caratteristiche cliniche/sociali dell'individuo focalizzati sulla nutrizione, sull'attività fisica ed in generale sulle attività legate al benessere ed alla salute della persona;
- consulenza ostetrico/ginecologica: I medici UniSalute forniranno alle future mamme tutta la consulenza medica di cui hanno bisogno attraverso una linea telefonica dedicata in stretto contatto con i nostri medici specialisti: consulenza ostetrica ginecologica per fornire informazioni prima e dopo il parto, per la cura e il benessere del bambino.

I presenti servizi vengono forniti dalla Centrale Operativa UniSalute telefonando al numero verde **800-212477**.

6.17. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta nel periodo dal 01/11/2025 al 31/12/2026 in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute dalla Centrale Operativa UniSalute 800-009674 previa prenotazione**. Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto”, sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

1. **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per

l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno associativo, il Piano sanitario provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a UniSalute.

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

- **La copertura è operante nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute alle strutture stesse.

6.18. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di implantologia. **La copertura opera nel caso di applicazione di uno o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.**

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ad uno (1) o più impianti.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie, i referti radiografici e ortopantomica precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia con un sottolimito di **€ 400,00** per singolo impianto. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sotto indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Isritto alla struttura convenzionata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute**

Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Il massimo rimborsabile sarà di **€ 500,00** per nucleo familiare.

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

I ticket sanitari a carico dell'Isritto vengono rimborsati integralmente.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di:

- € 5.000,00 per nucleo familiare in caso di utilizzo di strutture convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute oppure in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, con un sottolimito di € 400,00 per singolo impianto.

-€ 500,00 per nucleo familiare in caso di utilizzo di strutture non convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute.

6.19. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario liquida 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.

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per Fondo EBM Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati integralmente.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 2.500,00 per nucleo familiare.
--

6.20. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

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

- adamantinoma;
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- cisti follicolari

- cisti radicolari
- odontoma
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore)

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per Fondo EBM Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

▪ **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati integralmente.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

6.21. Accertamenti diagnostici odontoiatrici

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, il Piano sanitario liquida le spese sostenute per i seguenti accertamenti odontoiatrici:

- ortopantomografia;
- radiografie endorali;
- dentalscan;
- telecranio.

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per Fondo EBM Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l’applicazione di alcuno scoperto o franchigia. L’Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante.

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

I ticket sanitari a carico dell’Iscritto vengono rimborsati integralmente. Per ottenere il rimborso, è necessario che l’Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 400,00 per nucleo familiare.
--

6.22. Prestazioni di emergenza odontoiatrica

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche d’emergenza **fruibili una volta nel periodo dal 01/11/2025 al 31/12/2026:**

Le prestazioni sono:

- visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica;
- endorale periapicale (lastrina 4x3);
- trattamento di Pronto Soccorso.

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per Fondo EBM Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

▪ **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati integralmente.

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 300,00 per nucleo familiare.
--

6.23. Servizio Monitor Salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con Unisalute Servizi S.r.l., società controllata da Unisalute S.p.A., che commercializza servizi sanitari integrativi.

Si tratta di **un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 50 anni.**

Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare l'adesione sul sito dedicato a [Monitor Salute](#) o accedendo alla sezione UniSalute tramite l'Area Riservata EBM Salute cliccando sull'apposito box.

L'Iscritto dovrà quindi collegarsi al sito dedicato all'iniziativa, inserire il proprio codice fiscale e compilare il questionario oppure caricare un certificato medico che attesti la presenza di una delle patologie sopra citate.

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, Unisalute Servizi S.r.l. provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi.

Unisalute, che interviene in qualità di Centro Servizi ai sensi della normativa sulla Telemedicina, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Iscritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Iscritto avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nell'Art. "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico e per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Iscritto potrà contattare il numero verde dedicato **800-169009**.

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

6.23.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Assicurati che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nell'Art. "Servizio Monitor Salute", la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Il limite di spesa fino al 31/12/2026 a disposizione per la presente copertura è di € 300,00 per persona.

6.24. Lenti e occhiali

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

Le spese sostenute verranno rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Il limite di spesa a disposizione per la presente copertura è di € 100,00 per nucleo familiare operante per l'intera durata del Piano sanitario (dal 01/11/2025 al 31/12/2026)

6.25. Counselling psicologico

Il Piano sanitario offre un servizio di Counselling Psicologico.

- Servizio di Counselling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365gg/anno;
- Ogni Iscritto ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

La copertura è operante per un massimo di 5 telefonate, illimitate per le donne che hanno subito violenza.

I presenti servizi vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-212477**.

Il servizio è fruibile nel periodo dal 01/11/2025 al 31/12/2026

6.26. Indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i figli disabili (garanzia valida solo per i figli minori di 18 anni)

La presente garanzia prevede l'erogazione di un indennizzo una tantum, a favore dei dipendenti che hanno un figlio disabile con una invalidità riconosciuta superiore al 60% (Legge 68 del 1999).

Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 60%.

Modalità di erogazione dell'indennizzo:

Il contributo è concesso nella misura di € 1.000,00 a forfait una

tantum per ogni figlio con una invalidità riconosciuta superiore al 60% in base alle vigenti leggi.

L'indennizzo si eroga una SOLA volta considerando la polizza in continuità con la precedente.

La garanzia si intende operante a seguito della presentazione della seguente documentazione:

- copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 60%; per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva;
- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o Dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa del dipendente/iscritto, attestante il legame parentale tra il titolare ed il figlio disabile per il quale si chiede l'indennizzo forfettario.

La presente garanzia si intende operante indipendentemente dagli eventuali contributi erogati dagli Enti preposti per la disabilità del figlio.

Per richiedere il rimborso delle spese sostenute, inviare la documentazione necessaria in formato cartaceo esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO. In alternativa inviare tramite PEC a ebmsalute@sicurezzapostale.it. Il Fondo EBM Salute provvederà ad inoltrare la richiesta ad UniSalute per la successiva valutazione e la gestione del rimborso.

6.27. Vaccini

La Società rimborsa all'Iscritto, per le spese sostenute per i figli fino a 18 anni di età, i seguenti vaccini:

- **VACCINO CONTRO L'HPV (CONSIDERATO VACCINO QUADRIVALENTE)**

La Società provvederà al rimborso della spesa sostenuta con l'applicazione di una franchigia di € 30,00 per dose, massimo 3 dosi

nel periodo dal 01/11/2025 al 31/12/2026.

➤ **VACCINO CONTRO IL MENINGOCOCCO:**

▪ **Contro il meningococco C**

La Società provvederà al rimborso della spesa sostenuta con l'applicazione di una franchigia di **€ 40,00 per dose.**

La prestazione è prevista una volta nel periodo dal 01/11/2025 al 31/12/2026 per ogni assicurato/a.

▪ **Contro il meningococco B**

La Società provvederà al rimborso della spesa sostenuta con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00 per dose.**

La prestazione è prevista una volta nel periodo dal 01/11/2025 al 31/12/2026 per ogni assicurato/a.

Per l'attivazione della garanzia l'Isritto dovrà inoltrare copia della ricevuta fiscale e/o del ticket, accompagnati dalla prescrizione medica.

Si precisa che verrà rimborsato solamente il costo del farmaco, non il costo di eventuale personale medico/infermieristico che eseguirà l'iniezione.

6.28. SINDROME METABOLICA (garanzia operante per il solo titolare)

Per attivare la garanzia l'Isritto dovrà **compilare il questionario** on line.

La Società provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Isritto l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

La Società fornirà all'Isritto, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di

assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

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

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

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

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

La presente garanzia verrà prestata fino al 31/12/2026, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari **potranno essere fruiti dall'Iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.** Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle previste dal Piano sanitario, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle previste dal Piano sanitario, all'Iscritto verrà fornito un **servizio di “fax-assistito”** che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

6.29. Prestazioni a tariffe agevolate

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

6.30. Diagnosi comparativa

La Società dà la possibilità all'Iscritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-009674**, l'Iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Iscritto i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors, metterà in contatto l'Iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Iscritto.

3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Iscritto laddove necessario. **Best Doctors supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.** L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors consentirà all'Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate **è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:**

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

Per l'attivazione della garanzia, l'Iscritto **dovrà contattare Unisalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia**

per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con **costi a proprio carico**, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella **specifica patologia**.

6.31. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009674** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **051.6389046**.

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 Fondo EBM Salute.

c) Pareri medici

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

richiesti.

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Le coperture del presente Piano sanitario non sono operanti nel caso in cui si siano rese necessarie a seguito degli eventi (nonché l'ospedalizzazione domiciliare) qui di seguito elencati:

- ricoveri effettuati per cure e/o per interventi finalizzati all'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto per le coperture a carattere odontoiatrico espressamente previste in copertura;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo l'ospedalizzazione domiciliare a seguito di interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;
- tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

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

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche

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

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

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

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

8.2. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **90°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **91°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

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

8.3. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo EBM Salute

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora Fondo EBM Salute, per il tramite di UniSalute, dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali verrà restituita, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

8.4. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

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

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

8.5. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.**

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

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 del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito

modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, 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 ed esaustiva 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 Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda

giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

9. INFORMATIVA “HOME INSURANCE” - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018 – OVE SUSSISTANO I REQUISITI

Ai sensi del 2° comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di “auto registrazione” disponibile nell'area stessa.

10. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicuratrici: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 307,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 130,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2024, è pari ad € 144,17 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 38,10 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 290,22 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2024, pari a 2,01 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,62 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

11. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia radicale ed eventuale asportazione di linfonodo

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei

- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

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

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

