

Guida al Piano sanitario

Familiari non fiscalmente a carico Fondo E.B.M. Salute

Edizione 2021

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
diverse da ricovero vai su:**

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.

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.**

Guida al Piano sanitario

Familiari non fiscalmente a carico

Fondo E.B.M. 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

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1. SOMMARIO

1. SOMMARIO	4
2. BENVENUTO	6
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	6
3.1. Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute	6
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata da UniSalute per Fondo E.B.M. 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 al sito www.ebmsalute.it per accedere ai servizi nell'area riservata?	11
4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute?	11
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 da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute?	14
4.7. Come posso ottenere pareri medici?	14
4.8. L'app UniSalute	14
4.8.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	15
4.8.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute?	15
4.8.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	16
4.8.4. 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)	19
6.2. Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività al covid-2019 (Coronavirus)	19
6.3. Indennizzo post ricovero a seguito di terapia intensiva o sub-intensiva in caso di positività al covid-2019 (Coronavirus)	20
6.4. Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico	21
6.5. Cure oncologiche per neoplasie maligne	22
6.6. Prestazioni di alta specializzazione	23
6.7. Visite specialistiche	25
6.8. Accertamenti diagnostici diversi da esami del sangue	26
6.9. Ticket per esami del sangue e Pronto Soccorso	27
6.10. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	28
6.11. Trattamenti fisioterapici riabilitativi per patologie o interventi chirurgici come da elenco	29
6.12. Prestazioni diagnostiche particolari	30
6.13. Prestazioni diagnostiche particolari per i figli minorenni	31
6.14. Prevenzione obesità infantile	32
6.15. Pacchetto maternità	34

6.16.	Remise en Forme	35
6.17.	PMA procreazione medicalmente assistita	36
6.18.	Primi mille giorni: copertura per le future mamme	36
6.19.	Prestazioni odontoiatriche particolari	37
6.20.	Prestazioni di implantologia	38
6.21.	Cure dentarie da infortunio	39
6.22.	Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	40
6.23.	Accertamenti diagnostici odontoiatrici	41
6.24.	Prestazioni di emergenza odontoiatrice	42
6.25.	Servizio Monitor Salute	43
6.25.1	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche	44
6.26.	Lenti e occhiali	45
6.27.	Counselling psicologico	46
6.28.	Prestazioni a tariffe agevolate	46
6.29.	Sistema di calcolo dell'età genetica (non solo biologica)	46
6.30.	servizi di consulenza	47
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO.....	48
8.	CONTRIBUTI	50
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	50
9.1	Validità territoriale	50
9.2	Limiti di età	50
9.3	Gestione dei documenti di spesa	51
9.4	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	51
10.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	52

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

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

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

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute

UniSalute ha predisposto per gli iscritti a Fondo E.B.M. 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 su www.ebmsalute.it o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

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 E.B.M. 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, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

Fondo E.B.M. 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 E.B.M. Salute. Utilizza la funzione di Prenotazione sul sito www.ebmsalute.it nell'area riservata, è comodo e veloce!

N.B: Qualora l'Isritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute, oppure qualora le strutture convenzionate fossero distanti più di 50 Km dalla residenza dello stesso, l'Isritto 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 E.B.M. 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 E.B.M. 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 E.B.M. Salute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.ebmsalute.it all'interno dell'area riservata: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



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 E.B.M. Salute – 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 diversamente 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.ebmsalute.it all'interno dell'area riservata;
- in caso di **ricovero per cure oncologiche per neoplasie maligne**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- 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 E.B.M. 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 E.B.M. 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 su www.ebmsalute.it all'interno dell'area riservata. È facile e veloce!



Valutazione rimborso in 20 giorni

Chiedi online il rimborso ticket: 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 a **Fondo E.B.M. Salute - presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO**, la documentazione necessaria.

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 = € 75,00

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.

Sul sito www.ebmsalute.it all'interno dell'area riservata puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. 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 E.B.M. Salute**;
- ottenere **pareri medici**.

4.1. Come faccio a registrarmi al sito www.ebmsalute.it per accedere ai servizi nell'area riservata?

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata nell'area riservata del sito www.ebmsalute.it.

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

Nella home page del sito www.ebmsalute.it accedi all'area riservata e compila la maschera con i dati richiesti.

4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute?

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate

varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario.

Accedi all'area riservata 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 e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'area riservata 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 faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'area riservata, 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 allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **Fondo E.B.M. Salute – presso UniSalute S.p.A.- Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

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

Entra nell'area riservata e **accedi alla sezione "Estratto conto"**.

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

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

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

4.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute?

Entra nell'area riservata e **accedi alla sezione 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 Fondo E.B.M. Salute.

4.7. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'area riservata 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 degli Iscritti rispettando il più assoluto anonimato.

4.8. L'app UniSalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima 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.

4.8.1. 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 l’iscritto dovrà accedere al sito www.ebmsalute.it per ricevere le credenziali 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!

4.8.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. 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!

4.8.3. 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.

4.8.4. 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 a favore dei dipendenti di aziende che applicano il CCNL Unionmeccanica/Confapi, iscritti al Fondo E.B.M. Salute e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge, compreso i conviventi di fatto di cui alla legge 76/2016, ed i figli risultanti da stato di famiglia.

Il Piano sanitario è prestato inoltre a favore **dei nuclei familiari non fiscalmente a carico dei dipendenti** di aziende che applicano il CCNL Unionmeccanica/Confap, iscritti al Fondo E.B.M. Salute, **con versamento del relativo contributo a carico del dipendente stesso, intesi come coniuge, compreso il convivente di fatto di cui alla legge 76/2016, ed i figli risultanti dallo stato di famiglia.**

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;
- Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività al covid-2019 (coronavirus);

- Indennizzo post ricovero a seguito di terapia intensiva o sub intensiva in caso di positività al covid-2019 (coronavirus);
- 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 coma 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;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- sistema di calcolo dell'età genetica (non solo biologica);
- servizi di consulenza.

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

L'Assicurato, 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. Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività al covid-2019 (Coronavirus)

In deroga a quanto previsto all'art. B1 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 18 solo ed esclusivamente per la pandemia COVID 19, in caso di Ricovero in Istituto di Cura l'Assicurato avrà diritto a un'indennità di **€. 40,00 per ogni notte di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni all'anno** (si specifica che la giornata di ingresso e dimissione costituiscono un'unica giornata ai fini della corresponsione della diaria).

La garanzia si intende operante a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- lettera di dimissioni ospedaliera dalla quale si dovrà evincere la positività al COVID-19 (esito positivo del tampone rilasciato dalle Autorità competenti) e il numero di notti di ricovero.

Nel caso in cui sulla Lettera di dimissioni non fosse indicata la positività al COVID-19 o espressamente indicato Ricovero per COVID-19 sarà necessario inviare copia, conforme all'originale, della cartella clinica o ulteriore documentazione dalla quale si evinca la

positività al virus.

La presente garanzia è trasmissibile agli eredi.

6.3. Indennizzo post ricovero a seguito di terapia intensiva o sub-intensiva in caso di positività al covid-2019 (Coronavirus)

In deroga a quanto previsto all'art. B1 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 18 solo ed esclusivamente per la pandemia COVID 19 successivamente alla dimissione e soltanto nel caso in cui durante il Ricovero sia stato necessario il **ricorso alla Terapia Intensiva dell'Assicurato**, è prevista una diaria per la convalescenza complessivamente **pari ad € 1.000,00**.

Nel caso in cui l'Assicurato durante il Ricovero abbia dovuto fare **ricorso alla Terapia Sub-intensiva** la diaria per la convalescenza è **pari ad € 500,00** nel periodo assicurativo per ciascun Iscritto.

La presente garanzia è aggiuntiva alla garanzia "Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività al covid-2019 (coronavirus)".

La garanzia si intende operante a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- copia della cartella clinica conforme all'originale, completa della lettera di dimissioni, dalla quale si evinca la permanenza in terapia intensiva o in terapia Sub-Intensiva a causa di COVID19 positivo.

Nel caso di mancanza della cartella clinica presentando la sola lettera di dimissione verrà liquidato esclusivamente l'indennizzo dell'art. 4 "Indennità

giornaliera per ricovero in caso di positività al covid-2019 (coronavirus)”.

Le presenti garanzie sono trasmissibili agli eredi.

6.4. 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 E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

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

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

**Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di
€ 10.000,00 per nucleo familiare.**

6.5. 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 E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. 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 E.B.M. Salute**

Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

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

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

**Il limite di spesa annuo 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 E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati;**
- **€ 5.000,00 per nucleo familiare in caso di utilizzo strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute.**

6.6. Prestazioni di alta specializzazione

Il Piano sanitario prevede al pagamento, anche in deroga a quanto previsto all'art. B1 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 18, solo ed esclusivamente per la pandemia COVID 19 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
- Vescicolodeferentografia

- 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'Iscritto)
- 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 E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, con le seguenti modalità:

- con l'applicazione di una franchigia di **€ 15,00** 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 E.B.M. 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.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 12.500,00 per nucleo familiare.</p>
--

6.7. Visite specialistiche

Il Piano sanitario provvede al pagamento, anche in deroga a **quanto previsto all'art. B1 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 18, solo ed esclusivamente per la pandemia COVID 19** 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 E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, con le seguenti modalità:

- con l'applicazione di una franchigia di **€ 15,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Isritto 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'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. 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'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.500,00 per nucleo familiare.

6.8. Accertamenti diagnostici diversi da esami del sangue

Il Piano sanitario prevede al pagamento, anche in deroga a quanto previsto all'art. B1 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 18, solo ed

esclusivamente per la pandemia COVID 19, delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione degli esami del sangue e degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

NON è prevista l'erogazione o rimborso del TAMPONE (molecolare e rapido) per accertare la positività al COVID19

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 15,00** 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 allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.</p>

6.9. Ticket per esami del sangue e Pronto Soccorso

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

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per nucleo familiare.

6.10. 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 E.B.M. Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di scoperti o franchigie. L'Isritto 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'Isritto vengono integralmente. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Isritto 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 annuo a disposizione per la presente copertura è di € 850,00 per nucleo familiare.

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

Il Piano sanitario prevede 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 E.B.M. Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da

Fondo E.B.M. 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 annuo a disposizione per la presente copertura è di
€ 500,00 per nucleo familiare.**

6.12. Prestazioni diagnostiche particolari

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta ogni due anni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. 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

6.13. Prestazioni diagnostiche particolari per i figli minorenni

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta ogni due anni in strutture sanitarie**

convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. 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 Assicurato/a, una visita all'anno da scegliere tra quelle sotto elencate:

Pacchetto 0 mesi - 18 anni

- Visita specialistica oculistica

Pacchetto 0 mesi - 18 anni

- Visita specialistica otorinolaringoiatrica,

Pacchetto 0 mesi - 18 anni

- Visita specialistica odontoiatrica/ortodontica

Pacchetto 0 mesi - 18 anni

- Visita specialistica ortopedica

6.14. 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 sul sito www.ebmsalute.it,

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, raggiungibile cliccando su www.ebmsalute.it e "confermare il suo invio" a Unisalute.

Unisalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà al genitore iscritto tramite email, 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 E.B.M. Salute provvederà all'organizzazione e al pagamento di una visita specialistica dal pediatra/dietologo, da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. 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 email 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 presente nel sito Unisalute.

6.15. 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 E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. 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 E.B.M. 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 annuo 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).

6.16. 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 E.B.M. 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.

6.17. 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 medico assistita. **La copertura è operante per le sole dipendenti donne.**

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. 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.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per persona.</p>
--

6.18. 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:

- a. 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;
- b. 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 telefonando al numero verde **800-212477**.

6.19. 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 l’anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto”, sotto indicate, sono nate per monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell’Iscritto, il medico 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'Isritto, 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 E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute, per il tramite di Unisalute alle strutture stesse.

6.20. 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 E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. 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 E.B.M. 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 annuo 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 E.B.M. 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 E.B.M. Salute.

6.21. 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 E.B.M. Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. 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.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.500,00 per nucleo familiare.</p>

6.22. Interventi chirurgici odontoiatrici extracovero

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 coinvolgono 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 E.B.M. Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. 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'Isritto vengono rimborsati integralmente.

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

6.23. 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 E.B.M. Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. 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 allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 400,00 per nucleo familiare.</p>

6.24. Prestazioni di emergenza odontoiatrica

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche d’emergenza **fruibili una volta all’anno**. 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 E.B.M. Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. 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'Isritto vengono rimborsati integralmente.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 300,00 per nucleo familiare.</p>

6.25. Servizio Monitor Salute

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova Società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

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

Per attivare il Servizio, l'Isritto dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" presente sul sito www.ebmsalute.it nell'area riservata, nella quale ogni Isritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Isritto, seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà inviare la documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali e sottoscrivere e inviare il

Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Isritto al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Isritto presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Isritto.

Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Isritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Isritto avrà inoltre a disposizione un importo aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato al punto "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Isritto potrà contattare il numero verde dedicato **800-169009**, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Isritto potrà contattare il numero verde dedicato **800-244262**.

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

6.25.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Isritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati al punto "Servizio Monitor Salute", il Piano sanitario provvede al pagamento

delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli iscritti, con le modalità sotto indicate.

La copertura è operante solo nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. 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'Isritto vengono rimborsati integralmente.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 300,00 per persona.

6.26. Lenti e occhiali

Il Piano sanitario rimborsa all'Isritto 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, 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.

6.27. 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**.

6.28. 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'Isritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti al Fondo E.B.M. Salute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.29. Sistema di calcolo dell'età genetica (non solo biologica)

L'età anagrafica è quella indicata dalla carta d'identità, quella biologica invece è l'età che si può attribuire a un individuo sulla base delle sue condizioni morfologiche e funzionali valutate rispetto a valori standard di riferimento, così pure l'età genetica. Pur essendo correlate e in parte determinate dall'età anagrafica, l'età biologica e l'età genetica sono influenzate da numerosi altri fattori, in particolare i geni, l'essere uomo o donna, l'ambiente e lo stile di vita, con particolare importanza all'abitudine a fare esercizio fisico.

Migliori sono l'età biologica e l'età genetica, migliore è la forma "fisica e psicologica" e tanto migliore sarà la performance dell'individuo.

La presente copertura permette all'iscritto di conoscere la propria età biologica e genetica rispondendo ad un semplice questionario a risposta multipla in cui vi sono una serie di domande relative alla propria età anagrafica, allo stile di vita condotto, alla propria condizione generale, alle patologie vissute.

L'iscritto, una volta compilato il questionario lo potrà inviare ai medici UniSalute che ne valuteranno i dati e saranno in grado di fornire un riscontro in merito a età biologica e genetica consigliando corretti stili di vita.

6.30. 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 E.B.M. 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:

1. 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;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto per le coperture a carattere odontoiatrico espressamente previste in copertura;
4. 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);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. 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;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
14. 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;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;
17. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
18. 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. CONTRIBUTI

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

- a) Coniuge o convivente di fatto di cui alla legge 76/2016, come indicato al punto “Le persone per cui è operante la copertura” **€ 150,00;**
- b) Ogni figlio non fiscalmente a carico come indicato “Le persone per cui è operante la copertura” **€ 150,00.**

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1 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.

9.2 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.

9.3 Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. 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 E.B.M. Salute

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

9.4 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 E.B.M. 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.

10. 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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy 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 assicurati dal momento della nascita)

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

TRAPIANTI DI ORGANI

- Tutti

