

ENBASS
NOMENCLATORE GARANZIE
(Estratto delle CDA)

INDICE

SEZIONE PRIMA.....	1
3. RICOVERO	1
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO COME DA ELENCO ALLEGATO	1
3.2 TRASPORTO SANITARIO	2
3.3 TRAPIANTI	2
3.4 NEONATI.....	2
3.5 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	2
3.6 INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO.....	3
3.7 MASSIMALE ASSICURATO.....	4
4. ALTA SPECIALIZZAZIONE	4
5. VISITE SPECIALISTICHE.....	7
6. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO.....	7
7. PACCHETTO MATERNITA'	8
8. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI.....	8
9. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI.....	8
9.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO	9
9.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI PATOLOGIE PARTICOLARI	9
11. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	11
12. PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA	11
12.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI.....	11
12.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI	12
12.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO	12
14. DIAGNOSI COMPARATIVA	13
15. SINDROME METABOLICA.....	14
16. INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO IN CASO DI POSITIVITA' AL COVID-19.....	15
17. INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA IN CASO DI POSITIVITA' AL COVID-19.....	16
SEZIONE SECONDA	16
18. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE - PROTEZIONE COMPLETA PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI	16

19. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	23
20. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	23
21. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA	23
B – LIMITAZIONI	26
B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE	26
B.2 ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE	26
B.3 LIMITI DI ETÀ	28
ALLEGATO N.1	31

SEZIONE PRIMA

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO COME DA ELENCO ALLEGATO

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero (standard) Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico (standard)

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (**risultante dal referto operatorio**); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dalla Società con il massimo di 2.500 euro per ricovero.

c) Assistenza medica, medicinali, cure (standard)

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. **Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**

d) Rette di degenza (standard)

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di **ricovero in istituto di cura non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di €. 300,00 al giorno.**

e) Accompagnatore (standard)

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di **ricovero in Istituto di cura non convenzionato** con la Società, la garanzia è prestata nel **limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

f) Assistenza infermieristica privata individuale (standard)

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di €. 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

g) Post ricovero (standard)

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e **infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura),**

trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), effettuati nei **120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero**; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. **Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.**

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, **con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €. 1.500,00 per ricovero.**

3.3 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le **spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati**, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.4 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici **effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite**, comprese le spese per le prestazioni di cui ai punti **"Ricovero in Istituto di cura" lett. a) Pre ricovero, b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero" nel limite annuo di € 10.000,00 per neonato** sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

3.5 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a1) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto **"Ricovero in istituto di cura"**:

lett. a) **"Pre ricovero"**;

lett. f) **"Assistenza infermieristica privata individuale"**;

punto **"Trasporto sanitario"**;

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto **"Neonati"**;

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

a2) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.

Qualora, in una struttura convenzionata con la Società venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità e alle medesime condizioni previste in caso di ricovero in strutture non convenzionate con la Società (punto b).

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, ad esclusione di quanto previsto ai punti "3.3 Trapianti" e "3.4 Neonati", le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nel limite di un massimale di **€ 8.000,00** per intervento con l'applicazione di uno **scoperto del 20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per intervento. Nel calcolo dello scoperto non vengono prese in considerazione le seguenti voci:

- punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio":
 - lett. d) "Retta di degenza";
 - lett. e) "Accompagnatore";
 - lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
 - punto 3.2 "Trasporto sanitario";
- che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.6 INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di "pre" e "post ricovero" con le **modalità di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) Pre ricovero e lett. g) Post ricovero**, avrà diritto a **un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni ricovero**; tale indennità verrà elevata a € 100,00 per ogni giorno di ricovero dal 16° giorno fino al 100°.

Le spese relative alle garanzie di “pre” e “post ricovero” in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti al punto “Modalità di erogazione delle prestazioni” ed assoggettate ad un massimale annuo per persona pari a €. 2.000,00.

3.7 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a €. 200.000,00 per persona.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 “Esclusioni dall'assicurazione” al punto 17, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico

- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Diagnostica per immagini

ecografie

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale

Ecocolordoppler

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

Alta Diagnostica per immagini

Tomografia computerizzata (tc)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (rm)

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

Pet

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto- apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

Biopsie

- Tutte

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

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'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia pari a € 35,00 per prestazione /ciclo terapia.

L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società è consentito solo nel caso in cui l'Assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 35,00 per prestazione /ciclo terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di scoperti o franchigie.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 6.000,00 per persona.

5. VISITE SPECIALISTICHE

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

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

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di importo pari a € 20,00 per ogni visita specialistica.

L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società è consentito solo nel caso in cui l'Assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di importo pari a € 20,00 per ogni visita specialistica

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00 per persona.

6. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari a carico dell'Assicurato conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale:

- per accertamenti diagnostici (non previsti al punto . "Alta specializzazione");
- di pronto soccorso;

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a € 1.000,00 per persona.

7. PACCHETTO MATERNITA'

Rientrano in garanzia le seguenti prestazioni:

In gravidanza

- Ecografie di controllo, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;
- Amniocentesi, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con la Società;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsi presso strutture sanitarie convenzionate con la Società (sono ricompresi a titolo di esempio i test DNA Fetale - Armony test – Prenatal safe – Gtest – Aurora test – Panorama test - Nipt test – Tranquillity test);
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Assicurata, sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati con la Società;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento. La garanzia potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati con la Società.

Durante il ricovero per parto

- Corresponsione di un'indennità di €. 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 15 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

Dopo il parto

- Viene garantita una visita ginecologica di controllo.

La garanzia è prestata fino a un massimo di €. 1.500,00 per anno assicurativo e per persona.

8. PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel **limite annuo di €. 2.500,00 per persona**. Rientrano in garanzia anche gli **ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripod, plantari, apparecchi acustici, ecc..**

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di €. 50,00 per fattura/persona.

9. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni sotto indicate ai punti "9.1 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio" e "9.2 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie particolari" corrisponde a € 600,00 per persona.

Sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu.

È prevista l'agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **senza applicazione di scoperti o franchigie** per ogni ciclo terapia.

L'utilizzo di strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società è consentito solo nel caso in cui l'Assicurato sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di importo pari a **€ 35,00 per ogni ciclo di terapia**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di scoperti o franchigie** per ogni ciclo terapia.

9.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 17, la Società 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 garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

9.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI PATOLOGIE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 17, la Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **a seguito di patologie particolari come da elenco sottostante, esclusivamente a fini riabilitativi, 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 garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Elenco delle patologie in seguito alle quali è prevista la garanzia:

- Ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti
- Neoplasie o forme degenerative encefaliche o midollari

10 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno dal titolare in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

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

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

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

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei quarantacinque anni

- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei quarant'anni

- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- Visita specialistica ginecologica

11. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione e nel Servizio Sanitario Nazionale**. 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'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di uno **scoperto del 50% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura**.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

12. PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto ..., **la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.**

Viene previsto un massimale di € 2.300,00 per prestazioni di implantologia dentale in un anno assicurativo.

12.1 APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre 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 relativi ai 3 o più impianti.

La presente garanzia viene prestata **solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

12.2 APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 1.100,00 nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi ai 2 impianti.

La presente garanzia viene prestata **solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successivi alla riabilitazione implantoprotesica.

Qualora, nel corso della medesima annualità assicurativa, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, **quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 1.100,00 previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.**

12.3 APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottomassimale annuo di € 600,00 nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio relativi all'impianto.

La presente garanzia viene prestata **solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il massimale sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte le immagini radiografiche precedenti e successive alla riabilitazione implantoprotesica.

13. AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (SENZA SUCCESSIVA APPLICAZIONE DI IMPIANTI)

La garanzia opera nel caso di avulsione fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

La presente garanzia viene prestata **solo in forma diretta, in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. **Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.**

14. DIAGNOSI COMPARATIVA

La Società dà la possibilità all'Assicurato 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....., l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

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

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato.
3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato **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 **specifico patologia**.

15. SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password

La Società fornirà all'assicurato, 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'Assicurato 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'assicurato 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'Assicurato 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 alla scadenza della polizza, 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'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale.** Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato 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.

16. INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO IN CASO DI POSITIVITA' AL COVID-19

In caso di **Ricovero in Istituto di Cura** l'Assicurato avrà diritto a **un'indennità di € 50,00 per ogni notte di ricovero** per un periodo non superiore a **10 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.

17. INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA IN CASO DI POSITIVITA' AL COVID-19

In caso di **Ricovero in Istituto di Cura** l'Assicurato avrà diritto a **un'indennità di € 80,00 per ogni notte di ricovero** per un periodo non superiore a **15 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.

SEZIONE SECONDA

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

18.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto ... la Società, nel limite del massimale mensile di cui all'articolo "massimale mensile assicurato", garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo "Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA" punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

18.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

All'effetto di polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a. Lavarsi
 - b. Vestirsi e svestirsi
 - c. Andare al bagno e usarlo
 - d. Spostarsi
 - e. Continenza
 - f. Nutrirsi

2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

18.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", il massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sotto indicate, corrisponde a € 500,00 per un massimo di 2 anni.

18.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO

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

18.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

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

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

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI **PUNTEGGIO**

1° grado
L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo 0

2° grado
L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno 5

3° grado
L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno 10

VESTIRSI E SVESTIRSI **PUNTEGGIO**

1° grado
L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo 0

2° grado
L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi 5

3° grado
L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi 10

ANDARE AL BAGNO E USARLO **PUNTEGGIO**

1° grado L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10
SPOSTARSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	0
2° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	5
3° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	10
CONTINENZA	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è completamente continente	0
2° grado L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3° grado L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10
NUTRIRSI	PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività

preparatorie:

- sminuzzare/tagliare cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

5

3° grado

L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale

10

18.6 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA

L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di polizza (art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde 800-XXXXXX (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del massimale mensile previsto all'art. "Massimale mensile assicurato" e previa valutazione della Società, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

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

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo

“RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELLA SOCIETÀ”. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Società si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui la Società riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, la Società, nei limiti del massimale mensile di cui all'art. “Massimale mensile assicurato”, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.

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

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

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

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

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

Qualora a seguito dell'esaurimento del massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

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

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

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

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, la Società rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Società, nei limiti del massimale mensile. Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

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

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

4) Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), la Società provvederà a rimborsargli, nei limiti del massimale previsto all'art. "Massimale mensile assicurato", esclusivamente la retta mensile.

19. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

20. PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 6, la Società rimborsa all'Assicurato le spese extra-ospedaliere sostenute per procreazione medico assistita.

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

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

La garanzia è operante per le sole dipendenti donne.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per persona

21. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

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

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- medicinali: 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** con la Società.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa **accertata la necessità della prestazione**, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel **limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento**.

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, **previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo**

trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero

In collaborazione con Pronto Assistance Servizi S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, **l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni**, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà **le spese di soggiorno nel limite di Euro 100 per sinistro**.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio **l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irrimediabili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia)**, la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, **compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali**, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

i) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, **le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto**, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, **con i mezzi che i medici della stessa ritengono più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:**

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa.**

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

B – LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
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;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato 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;

16. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;

17. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
18. tutte le terapie mediche;
19. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Odontoiatria/Ortodonzia" l'assicurazione non è operante per:

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

Limitatamente alle prestazioni previste al punto 18. "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa", l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- d) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici,, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- h) di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i) di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali;
- j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
- k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- l) di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- m) di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
- n) di tutte le terapie mediche;
- o) dirette o indirette di pandemie.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75 anno di età dell'Assicurato, e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio per soggetti che abbiano già compiuto 76 anni.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Asportazione tumori dell'orbita
Interventi di cranioplastica
Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
Interventi sul plesso brachiale
Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
Interventi per ernia del disco lombo sacrali

CHIRURGIA GENERALE

Ernia Femorale
Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
Nodulesctomia mammaria (sono ricomprese anche le nodulesctomie per patologie benigne)

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare
Cataratta

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori maligni di tutti i distretti di competenza otorinolaringoiatrica
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Ricostruzione della catena ossiculare
Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA DEL COLLO

Interventi sulle paratiroidi
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
Tiroidectomia totale con o senza linfadenectomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Safenectomia della grande safena
Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via d'accesso sul torace
Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Appendicectomia con peritonite diffusa

Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi con esofagoplastica
Interventi di amputazione del retto-ano
Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococcosi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
Interventi per neoplasie pancreatiche
Interventi per pancreatiche acute o croniche per via laparotomica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica
Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
Colecistectomia qualsiasi tecnica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovescicolectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia
Prostatectomia sottocapsulare
Varicocele in microchirurgia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
Isterectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
Intervento per endometriosi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi per costola cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma

Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Interventi sul ginocchio in artroscopia
Meniscectomia in artroscopia
Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
Riparazione cuffia dei rotatori ed acromionplastica spalla

CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE

Interventi di chirurgia oro-maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%