



Fondo di assistenza sanitaria integrativa a favore dei dipendenti delle aziende che applicano il CCNL logistica, trasporto merci e spedizione

Roma, 27 luglio 2016

Alle Lavoratrici e ai Lavoratori iscritti

Alle Aziende iscritte

e, p.c.

Alle Organizzazioni Costituenti Sanilog

Circolare 5/2016

Oggetto: Estensione della copertura di assistenza sanitaria ai familiari dei lavoratori iscritti.

Siamo lieti informarVi che il Consiglio di Amministrazione del Fondo ha deliberato l'estensione delle prestazioni di assistenza sanitaria integrativa ai familiari dei lavoratori iscritti a partire dall'anno 2017 grazie anche alla proficua collaborazione con le due Compagnie Assicuratrici Unisalute e Axa PPP-Odontonetwork.

Di seguito riportiamo i dettagli dell'estensione della copertura assicurativa.

TIPOLOGIA FAMILIARI

Sono considerati familiari del lavoratore iscritto:

- coniuge;
- convivente "more uxorio";
- figli conviventi fiscalmente e non fiscalmente a carico.

L'attestazione del nucleo familiare è comprovata dal certificato di stato di famiglia ovvero da una semplice autocertificazione.

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Per attivare la copertura dei familiari per l'anno 2017 il lavoratore può effettuare l'iscrizione dal 28 luglio 2016 entro e non oltre il 15 novembre 2016.

L'iscrizione è volontaria, deve essere attivata dal lavoratore con iscrizione perfezionata al Fondo dalla propria azienda entro il 30 settembre 2016 e deve riguardare obbligatoriamente l'intero nucleo familiare. Possono essere esclusi dall'iscrizione al Fondo i familiari già coperti da altro Fondo/Ente di Assistenza sanitaria integrativa.

L'iscrizione avviene collegandosi all'interno della propria Area Riservata del sito www.fondosanilog.it utilizzando le credenziali (codice cliente e password) ricevute dal Fondo con la Sanilog Card; una volta all'interno dell'Area Riservata, attraverso apposita funzione, si procede alla compilazione della scheda anagrafica d'iscrizione dei familiari.

Il lavoratore che non si sia ancora registrato dovrà eseguire preliminarmente la procedura di registrazione all'Area Riservata Sanilog.

CONTRIBUTO ANNUO – MODALITA' DI PAGAMENTO

Il contributo annuo per l'assistenza sanitaria integrativa dei familiari deve essere versato per intero dall'iscritto **entro e non oltre il 15 novembre 2016** ed è pari a:

- € 145 per coniuge / convivente "more uxorio";
- € 125 per ciascun figlio.

Il contributo deve essere pagato seguendo la procedura "on line" nella propria Area Riservata all'interno del sito www.fondosanilog.it. In particolare, a conclusione dell'inserimento delle anagrafiche dei familiari verrà visualizzato il modello MAV precompilato con l'importo dovuto da pagare presso:

- ufficio postale;
- qualunque sportello bancario;
- on line attraverso il proprio istituto bancario/postale.

VALIDITA' COPERTURA ASSICURATIVA

I familiari dei dipendenti per i quali è stata effettuata l'iscrizione beneficeranno delle prestazioni sanitarie integrative dall'**1 gennaio 2017 fino al 31 dicembre 2017**; a tale data la polizza scadrà **automaticamente a meno che il lavoratore iscritto non proceda esplicitamente al rinnovo della polizza per l'anno 2018 con le tempistiche e le modalità che saranno comunicate dal Fondo**. Si sottolinea che, qualora il lavoratore decida di non rinnovare l'iscrizione del proprio nucleo familiare per il 2018, l'eventuale ripristino dell'iscrizione potrà avvenire solo nel 2020, passati quindi almeno due anni. L'elenco delle prestazioni previste per i familiari, che ricalcano sostanzialmente quelle per i lavoratori iscritti, e le modalità di accesso alle stesse sono consultabili e scaricabili dall'Area pubblica Iscritti del sito www.fondosanilog.it.

CONTATTI

Per qualsiasi ulteriore chiarimento è possibile consultare la sezione "FAQ" del sito internet di Sanilog. Per assistenza sull'accesso all'Area Riservata iscritti è possibile inviare una mail all'indirizzo sanilogcard@fondosanilog.it oppure contattare il numero dedicato 010 8171433.

SEMINARIO

Per favorire la più ampia diffusione di questa opportunità, il Fondo organizzerà a Milano, nell'ultima settimana di settembre, un seminario aperto a tutti gli interessati alla presenza della Presidenza del Fondo e delle due Compagnie Assicuratrici.

Maggiori dettagli sulla data e sul luogo del seminario saranno pubblicate sul sito nei prossimi giorni.

L'occasione è gradita per porgerVi cordiali saluti.

Il Presidente

Piero Lazzeri





FONDO SANILOG

Sintesi della
copertura sanitaria
per i familiari

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE



LA POLIZZA UNISALUTE PER I FAMILIARI DEGLI ISCRITTI AL FONDO SANILOG

1. RICOVERO

1.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER I SOLI GRANDI INTERVENTI (COME DA ELENCO ALLEGATO IN CALCE)

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

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 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

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.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza 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

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

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

g) Post ricovero Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

1.2 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.

1.3 COLONSCOPIA E GASTROSCOPIA OPERATIVE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di Colonscopia e Gastroscoopia operative, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni come descritte nelle garanzie:

- Pre-ricovero;
- Intervento chirurgico;
- Assistenza medica, medicinali, cure;
- Post-ricovero - non sono compresi i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali ;

con i relativi limiti in essi indicati.

Il sottomassimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 1.000,00 per iscritto.

1.4 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 1.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 1.2 "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.

1.5 NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per tutti gli interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite (anche quelli non ricompresi nell'elenco dei grandi interventi), comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

La garanzia è prestata nel limite annuo di € 10.000,00 per neonato.

1.6 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) 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, (fatto salvo per la garanzia di colon-gastroscopia operativa la quale prevede una franchigia pari a € 30,00 per prestazione) ad eccezione delle seguenti:

punto 1.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

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

punto 1.2 "Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

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, 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 ad eccezione delle seguenti:

punto 1.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

– lett. d) "Retta di degenza";

– lett. e) "Accompagnatore";

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

punto 1.2 "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, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 1.7 "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".

1.7 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di €. 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

L'indennità sostitutiva non è prevista per la garanzia 1.5 Neonati

1.8 PROTESI ORTOPEDICHE

La Compagnia rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e/o applicazione di protesi ortopediche nel limite di € 1.000,00 per iscritto

1.9 OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

La Società, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero per grande intervento chirurgico indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica. La Società concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con la Società, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% per sinistro.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a €. 10.000,00 per persona.

1.10 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 100.000,00 per iscritto.

2. ALTA SPECIALIZZAZIONE

2.1 Elenco delle prestazioni di ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto

- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia

- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

2.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE BIS

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni rese necessarie da malattia o da infortunio:

- Colonscopia Diagnostica
- Gastrosopia Diagnostica

2.3 Modalità di erogazione delle prestazioni di alta Specializzazione previste con gli Articoli 2.1 e 2.2

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 applicazione di una franchigia pari a € 25,00 per accertamento/ciclo di terapia.

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 uno scoperto del 40% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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 corrisponde a € 10.000,00 per iscritto.

3. VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in 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 applicazione di una franchigia pari a € 15,00 per ogni visita.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i tickets sanitari a carico dell'Assicurato al netto di una franchigia pari a € 10,00 per ogni ticket.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per iscritto.

4. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società provvede al rimborso dei ticket sanitari

- per accertamenti diagnostici;
- di pronto soccorso;

Il rimborso dei ticket è previsto con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ogni ticket.

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

5. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

5.1 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO oppure A SEGUITO DI PATOLOGIE/INTERVENTI CHIRURGICI PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie particolari e/o interventi chirurgici:

- Ictus cerebrale;
- Infarto;
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA);
- Sclerosi Multipla;
- Morbo di Parkinson;
- Demenza senile in stato avanzato (Alzheimer);
- Trattamenti post operatori per Tunnel carpale.

5.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI PATOLOGIE DIVERSE da QUELLE GIÀ ELENcate nell'ART. 5.1 e DIVERSI DA INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi esclusivamente a seguito -patologie diverse da quelle già elencate con l'art. 5.1 e diversi da infortunio, sempreché siano prescritti da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

E' prevista l'agopuntura a fini antalgici.

5.3 MODALITA' DI EROGAZIONE COMUNI E MASSIMALE UNICO PER I "TRATTAMENTI FISIOTERAPICI" previsti con i sub-articoli 5.1 e 5.2

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.

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 rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 100,00 per fattura.

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 le prestazioni di cui ai punti 5 "TRATTAMENTI FISIOTERAPICI" e relativi sub-articoli corrisponde a €. 700,00 per iscritto.

I trattamenti fisioterapici riabilitativi in copertura con il sub-articolo 5.2 resi necessari da patologie diverse da quelle già elencate nell'art. 5.1 e diversi da infortunio, si intendono erogabili nel limite del sotto-massimale di € 350,00 per iscritto.

6. MATERNITA'/GRAVIDANZA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni di controllo in gravidanza:

- ecografie;
- analisi clinico chimiche
- 2 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 4 visite ostetrico-ginecologiche complessive in caso di gravidanza a rischio)

Qualora l'Assicurata abbia un'età superiore ai 35 anni oppure nel caso in cui esista una familiarità alle malformazioni tra i parenti di 1° grado certificata da medico, la Società provvede al pagamento delle spese sostenute per le seguenti prestazioni:

- amnioscopia;
- amniocentesi;
- villocentesi.

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 rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente 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 prestata fino a un massimo di € 500,00 per assistita all'anno.

In aggiunta alle prestazioni sopra-riportate, in occasione del parto, e previa presentazione della lettera di dimissione, la Società corrisponderà un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico.

7. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta ogni due anni 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.

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 occult
- PSA

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 occult
- Pap test

Prestazione previste per donne e per uomini

- Visita cardiologica con ECG

8. 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 **800-822481** 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 specifica patologia.

9. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

CONSULENZA SANITARIA TELEFONICA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822481** 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;
- 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 con la Società.

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.

ASSISTENZA ALLA PERSONA IN ITALIA:

I seguenti servizi di consulenza e assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800 212477** 24 ore su 24, 365 giorni l'anno festivi compresi.

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

a) Pareri medici

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.

b) Invio di un medico

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

c) Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato:

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

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

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

d) Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica: la Compagnia provvederà, nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

e) Invio di medicinali a domicilio

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

La Compagnia di Assicurazioni provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare assicurato. A carico dell'Assicurato resta solo il costo dei medicinali.

f) 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 300'000 metri e con il massimo di euro 300 per sinistro e per persona, restano a carico della Compagnia Assicuratrice.

g) Trasporto in autoambulanza

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

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

h) Spesa a domicilio

Nei casi di:

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

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

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

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

ELENCO GRANDI INTERVENTI IN COPERTURA

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 con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

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 del 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 e senza 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 lobare
- 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
- Angioplastica con eventuali stent

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale con o senza linfadenectomia
- Resezione dell'intestino tenue
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano secondo Miles
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi 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
- Interventi chirurgici sul retto-sigma per patologie oncologiche maligne per via laparoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale con e senza linfadenectomia
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Sintesi di frattura delle ossa del massiccio facciale
- Ricostruzione con lembo di ferite del volto

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

LA POLIZZA AXA PPP ODONTONETWORK PER IL FONDO SANILOG

Le garanzie della polizza Axa PPP OdontonetWORK rispettano le raccomandazioni espresse dal Ministero della Salute nelle "Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta", con le quali vengono indicate le prestazioni e le abitudini che permettono di preservare la salute della bocca. OdontonetWORK seleziona le strutture odontoiatriche in base alla localizzazione sul territorio, privilegiando la qualità dei servizi e delle procedure cliniche.

10. DIAGNOSI E RADIOLOGIA

- Visita (prima visita, visita di controllo, visita specialistica) per la verifica della situazione clinica, l'individuazione dei problemi e della terapia, il riesame della situazione clinica in corso di trattamento, la verifica dello stato della salute orale e l'individuazione di eventuali nuove patologie in un paziente già trattato, fino a due volte all'anno;
- Predisposizione del piano di cura
- Radiografia endorale eseguita su un singolo sestante o gruppo di denti, fino a due volte all'anno;
- Modelli di studio attraverso la rilevazione delle impronte delle due arcate dento-alveolari e la realizzazione dei relativi modelli in gesso finalizzata alla predisposizione dei piani di trattamento, una volta all'anno.

11. PRESTAZIONI DI EMERGENZA

- Trattamento di pronto soccorso endodontico attraverso manovre cliniche di accesso al sistema camerale finalizzate alla riduzione o risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica, una volta all'anno;
- Otturazione / ricostruzione temporanea, restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato. Il trattamento può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), una volta all'anno;
- Prescrizione di eventuale terapia medica, una volta all'anno.

12. IGIENE E PREVENZIONE

- Ablazione del tartaro e istruzioni e motivazione igiene (seduta in cui vengono eseguite contemporaneamente nella medesima area - sestante, quadrante, arcata o intera bocca - rimozione tartaro sopragengivale):
 - Euro 35,00 la prima prestazione annuale
 - Euro 35,00 la seconda prestazione annuale;
- Ortopantomografia con franchigia a carico dell'Assicurato, che dovrà essere versata dallo stesso direttamente presso il centro odontoiatrico al momento dell'erogazione della prestazione, una volta all'anno, pari a Euro 30,00.

13. INTERVENTI CHIRURGICI EXTRARICOVERO

Le prestazioni di seguito sono previste in convenzionamento diretto con un rimborso alla struttura sanitaria convenzionata entro i termini del massimale annuo pari ad € 1.500,00 per singolo Assicurato:

- Interventi chirurgici conseguenti ad osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare. Sono escluse le osteiti iatrogene da malpractice (a titolo esemplificativo e non esaustivo osteiti conseguenti a interventi di implantologia, estrazioni, ecc.) e quelle conseguenti all'assunzione di bifosfonati;
- Interventi chirurgici conseguenti a cisti follicolari;
- Interventi chirurgici conseguenti a adamantinoma;
- Interventi chirurgici conseguenti a odontoma.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per richiedere le prestazioni di cui al presente paragrafo verrà rimborsato allo stesso il valore del ticket sanitario pagato entro il massimale di € 1.500,00.

14. INFORTUNIO PER CIRCOLAZIONE STRADALE

Le prestazioni odontoiatriche susseguenti ad infortunio per circolazione stradale sono previste in convenzionamento diretto con un rimborso alla struttura sanitaria convenzionata entro i termini del massimale annuo pari ad € 1.500,00 per singolo Assicurato.

La garanzia opererà esclusivamente nel caso di Infortunio inerente alla circolazione stradale di veicoli con controparte identificata, indipendentemente dalle responsabilità e dal ruolo dell'Assicurato medesimo nella dinamica del sinistro, alle seguenti condizioni:

- il danno dentale subito dall'Assicurato a seguito del sinistro sia stato verbalizzato dalle Autorità competenti intervenute a seguito dell'incidente;
- il danno dentale di cui al punto precedente risulti da idonea documentazione sanitaria rilasciata da strutture di Pronto Soccorso Ospedaliero entro 24 ore dalla data di accadimento del sinistro;
- l'Assicurato non abbia assunto sostanze stupefacenti nelle 48 ore precedenti il sinistro.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per richiedere le prestazioni di cui al presente paragrafo verrà rimborsato allo stesso il valore del ticket sanitario pagato entro il massimale di € 1.500,00.