

Guida al Piano sanitario

INTEGRATIVA EST

Penny Market

Aprile 2023

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

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

**Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il**

Numero Verde

800-009665

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

PENNY.

1. SOMMARIO

2.	BENVENUTO.....	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	5
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	8
4.1.	Il sito di UniSalute	8
4.1.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	9
4.1.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	9
4.1.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	10
4.1.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.1.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
4.1.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?	11
4.1.7.	Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.1.8.	Come posso ottenere pareri medici?	12
4.2.	L'app di UniSalute	12
4.2.1.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	12
4.2.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	13
4.2.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	14
4.2.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	14
1.	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	15
2.	PERSONE ASSICURATE	16
3.	RICOVERO	16
3.1	<i>INDENNITA' PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA DIVERSO DA GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (INTENDENDO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO QUELLI DI CUI ALL'ELENCO ALLEGATO),</i>	16
4	VISITE SPECIALISTICHE (ANCHE OMEOPATICHE)	17
5.	ODONTOIATRIA/ORTODONZIA	18
6.	INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	20
7.	RICOVERO	21
7.1	RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	21
8	VISITE SPECIALISTICHE	25
8.1	<i>VISITE SPECIALISTICHE (anche omeopatiche)</i>	25
9	CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE, ORTODONZIA E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE DI TIPO ODONTOIATRICO E ORTODONTICO	26
10.	INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	27
11	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per il solo coniuge o convivente "more uxorio")	28
12	SERVIZI DI CONSULENZA	29
13	PREMIO	29
5.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	30
6.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	32
6.1.	Decorrenza e durata dell'assicurazione	32
6.2.	Inclusioni/esclusioni	32
6.3.	Validità territoriale	33
6.4.	Limiti di età	34
6.5.	Gestione dei documenti di spesa	34
6.6.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	34

6.7.	Foro competente	35
6.8.	Reclami	35
7.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	39
8.	SCHEDA ANAMNISTICA ODONTOIATRICA	43

2. BENVENUTO

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

I servizi online offerti da UniSalute

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

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

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su **www.unisalute.it** nell'Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.



Prenotazione veloce

Prenota online o su app e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

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

UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

Importante

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

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

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

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

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

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, copia completa della documentazione clinica;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale e ad esso connessa dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

UniSalute potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il

vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

4.1. Il sito di UniSalute

Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni e inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

4.1.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla registrazione clienti sul sito UniSalute.

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

Nella home page del sito www.unisalute.it clicca sul pulsante "Area riservata" in alto a destra, poi su "Registrati adesso" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.

Inoltre, la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul pulsante "Area riservata" in alto a destra nell'home page, poi su "Hai bisogno di aiuto?" e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.1.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

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

Accedi all'area clienti e clicca su **"Fai una nuova prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione nella sezione "Appuntamenti".



Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

4.1.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Profilo"**. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **rimborso**.

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

Entra nell'Area clienti e clicca su **"Richiedi un nuovo rimborso"**



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via**

Larga, 8 - 40138 Bologna BO, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).

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

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Estratto conto"**.

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

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

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

4.1.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Polizze"**.

Trovi i documenti relativi al tuo Piano sanitario e l'eventuale modulistica, incluso il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero.

4.1.7. Come faccio a consultare le strutture sanitarie convenzionate?

Accedi all'Area clienti e **accedi alla sezione "Strutture"**.

Puoi visualizzare le strutture sanitarie convenzionate per il tuo specifico Piano sanitario.

4.1.8. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

4.2. L'app di UniSalute

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

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. È possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute;
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

4.2.1. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** può essere

scaricata gratuitamente da App Store e Play Store. Accedi allo store e cerca “UniSalute Up” per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito www.unisalute.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

UniSalute PER TE

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

4.2.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

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

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

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

In tutti i casi UniSalute verifica in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Integra la documentazione mancante

Nella sezione **"concludi"** puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa.

Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, fatto salvo il caso di polizza emessa senza soluzione di continuità con altra precedente, per le spese sostenute dall'Assicurato per:

Copertura per il dipendente:

- indennità per ricovero diverso da Grande Intervento Chirurgico (anche in caso di Day Hospital);
- visite specialistiche (anche omeopatiche);
- odontoiatria/ortodonzia;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;

Copertura per i familiari:

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli di cui all'elenco allegato);
- indennità per ricovero diverso da Grande Intervento Chirurgico (anche in caso di Day Hospital);
- visite specialistiche (anche omeopatiche);
- odontoiatria/ortodonzia;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- prestazioni diagnostiche particolari (solo coniuge o convivente "more uxorio");

Copertura per entrambe le sezioni:

- servizi di consulenza.
-
- Per le prestazioni **previste** dal Fondo EST la copertura opera a **secondo rischio** e a integrazione delle prestazioni liquidate dal Fondo stesso e rimaste a carico dell'Assicurato/Titolare.
 - Per le prestazioni **non previste** dal Fondo EST la copertura opera a **primo rischio** per tutti gli Assicurati.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società

b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti in forza presso **Penny Market S.r.l.**, con contratto a tempo indeterminato, che abbiano accettato entro la data di effetto della polizza, l'attivazione della presente copertura sanitaria.

L'azienda si fa carico del premio del dipendente oppure di un suo familiare, inteso come coniuge/convivente more uxorio, o figlio tutti risultanti da Stato di famiglia.

Qualora un dipendente decida di non integrare la sua copertura sanitaria, o di estenderla al coniuge/convivente more uxorio o figlio al momento nei termini di cui al precedente capoverso, non sarà più possibile per lui l'attivazione della stessa in un momento successivo.

SEZIONE PRIMA – GARANZIE OPERANTI PER IL SOLO TITOLARE

3 RICOVERO

3.1 INDENNITA' PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA DIVERSO DA GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (INTENDENDO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO QUELLI DI CUI ALL'ELENCO ALLEGATO),

In caso di ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico, l'Assicurato avrà diritto a **un'indennità di € 30,00 per ogni**

giorno di ricovero per un **periodo non superiore a 30 giorni** per ogni ricovero.

La garanzia NON opera nel caso di parto cesareo o naturale e aborto spontaneo o terapeutico, in quanto tale indennità è già prevista da Fondo Est.

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

4 VISITE SPECIALISTICHE (ANCHE OMEOPATICHE)

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni indicate corrisponde a € 400,00 per nucleo.

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, ad integrazione di quanto previsto da Fondo Est.

Si intendono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche ed ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

a) Per quanto concerne le visite specialistiche, si precisa che la seguente garanzia è operante esclusivamente a secondo rischio e con le seguenti modalità:

- ✓ La società prevede il rimborso delle visite specialistiche esclusivamente nel caso in cui l'assicurato abbia già chiesto ed ottenuto l'erogazione delle visite specialistiche da parte di Fondo Est.
- ✓ Nel solo caso in cui l'Assicurato abbia già richiesto a Fondo Est il rimborso delle visite specialistiche effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvede al rimborso della franchigia rimasta a carico dell'Assicurato, dopo la liquidazione del Fondo

Per ottenere il rimborso delle franchigie rimaste a suo carico, l'assicurato dovrà pertanto inoltrare alla Società l'estratto conto.

Non saranno valutate ai fini del rimborso, le spese per le visite specialistiche che non siano state preventivamente erogate da parte di Fondo Est; non saranno altresì rimborsati i ticket il cui rimborso non sia stato preventivamente richiesto a Fondo Est.

b) Per quanto concerne le visite omeopatiche, la garanzia si intende così operante:

l'assicurato dovrà produrre la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la visita omeopatica.

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 fissa pari a € 50,00 per ogni visita specialistica omeopatica.

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 € 80,00 per ogni visita omeopatica.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa integralmente i ticket sanitari per visite omeopatiche.**

5. ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico, con le modalità di seguito specificate:

a) Per quanto concerne le prestazioni di implantologia, avulsioni, accertamenti odontoiatrici e ortodonzia (in copertura col piano sanitario Unisalute/Fondo Est) si precisa che la garanzia è

operante esclusivamente a secondo rischio e con la seguente modalità:

- ✓ La società prevede il rimborso degli eventuali importi rimasti a carico dell'assicurato per le prestazioni sopra indicate, esclusivamente nel caso in cui l'assicurato abbia già chiesto ed ottenuto l'erogazione delle prestazioni alle condizioni del piano sanitario Unisalute/Fondo Est.
- ✓ Nel solo caso in cui l'Assicurato abbia già richiesto a Fondo Est il rimborso dei ticket per gli accertamenti odontoiatrici effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvede al rimborso della quota rimasta a carico dell'Assicurato, dopo la liquidazione del Fondo

Per ottenere il rimborso degli eventuali importi rimasti a suo carico, l'assicurato dovrà pertanto inoltrare alla Società l'estratto conto.

Non saranno valutate ai fini del rimborso, le spese per prestazioni odontoiatriche/ortodontiche che non siano state preventivamente erogate da parte di Unisalute/Fondo Est.

- b) Per quanto concerne le cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico la garanzia si intende operante a primo rischio e con le seguenti modalità:**

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 pari al 20%.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo.

6. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli **interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale** anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi **conseguenti alle seguenti patologie:**

- **adamantinoma**
- **ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare**
- **cisti follicolari**
- **cisti radicolari**
- **odontoma**
- **osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore)**

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

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

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

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 1.000,00 per Assicurato.

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 ticket sanitari a carico dell'Assicurato**.

SEZIONE SECONDA – GARANZIE OPERANTI PER I FAMILIARI DEL TITOLARE

7. RICOVERO

7.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

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 stesso.**

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.**

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

g) Post Ricovero

g1) Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, **chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura)**, trattamenti fisioterapici o rieducativi, **effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.**

g2) Post-ricovero

Le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le **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 determinato il ricovero.** Queste prestazioni vengono prestate in forma esclusivamente rimborsuale.

7.2 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.**

7.3 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.**

7.4 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 7.1 "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico" e 7.2 "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.

7.5 INDENNITA' SOSTITUTIVA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

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 **€ 30,00 per ogni giorno di ricovero per i primi 30 giorni, e di € 50,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 31° giorno fino al 100° giorno di ricovero.**

7.6 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 **con l'applicazione di una franchigia di € 1.000,00 per ogni ricovero ad eccezione delle seguenti:**

- **"Pre ricovero";**
- **"Assistenza infermieristica privata individuale";**

- **“Trasporto sanitario”;**
- **“Rimpatrio della salma”**
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. Nel calcolo dello scoperto non vengono prese in considerazione le seguenti voci:**

punto 7.1 “Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico”:

- **-lett. d) “Retta di degenza”;**
- **-lett. e) “Accompagnatore”;**
- **lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;**

punto 7.2 “Trasporto sanitario”;

punto 7.3 “Rimpatrio della salma”

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 7.5 “Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico”.**

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”.

7.7 INDENNITA' PER RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E DI INFORTUNIO DIVERSO DA GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (INTENDENDO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO QUELLI DI CUI ALL'ELENCO ALLEGATO)

In caso di ricovero in istituto di cura diverso da Grande Intervento Chirurgico compreso nell'allegato al piano sanitario Fondo Est, l'Assicurato avrà diritto a un'indennità di **€ 30,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

Nel caso di parto naturale, aborto terapeutico o spontaneo l'Assicurata avrà diritto a un'indennità di **€ 30,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 5 giorni per ogni ricovero.

Non è prevista nessuna indennità in caso di day hospital sia chirurgico che medico e di intervento chirurgico ambulatoriale.

7.8 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 40.000,00 per nucleo.

8 VISITE SPECIALISTICHE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni indicate al successivo punto 8.1 corrisponde a € 400,00 per nucleo condiviso ed inteso come sotto-massimale di quanto previsto al punto 4.

8.1 VISITE SPECIALISTICHE (anche omeopatiche)

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e visite omeopatiche **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 ed 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.

Relativamente alle visite specialistiche, 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 pena il diniego di rimborso.

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 fissa pari a € 50,00 per ogni visita specialistica/omeopatica.**

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

9 CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE, ORTODONZIA E PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE DI TIPO ODONTOIATRICO E ORTODONTICO

In deroga a quanto previsto all'art.B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3 , la Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrigo e ortodontico.

La seguente garanzia si intende altresì operante per le prestazioni di implantologia e per gli accertamenti odontoiatrici propedeutici ai piani di cura.

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 pari al 20%.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo, si intende condiviso con il massimale previsto al punto 5 “Odontoiatria/Ortodonzia”.

10. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all’art. B.2 “Esclusioni dall’assicurazione” al punto 3, la Società liquida le spese sostenute per gli **interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale** anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch’essi **conseguenti alle seguenti patologie:**

- **adamantinoma**
- **ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare**
- **cisti follicolari**
- **cisti radicolari**
- **odontoma**
- **osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell’osso mascellare (se localizzate nell’arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell’arcata inferiore)**

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

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

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

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 1.000,00 per Assicurato.

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 ticket sanitari a carico dell'Assicurato.**

11 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (garanzia operante per il solo coniuge o convivente "more uxorio")

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate **effettuate una volta l'anno dal coniuge o convivente "more uxorio" del titolare, in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute e 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.

- 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

GARANZIA OPERANTE PER ENTRAMBE LE SEZIONI PRECEDENTEMENTE ILLUSTRATE

12 SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009665** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate** con la Società.

c) 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

13 PREMIO

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

a) dipendente	€ 150,00
b) coniuge o convivente “more uxorio”	€ 220,00
c) figlio anche non fiscalmente a carico	€ 150,00

L'azienda si fa carico del premio del dipendente oppure di un suo familiare, inteso come coniuge/convivente “more uxorio” o figlio, risultanti dallo stato di famiglia.

5. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

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 paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto ai punti “Odontoiatria/Ortodonzia”, “Cure Odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico” e “Interventi chirurgici extraricovero”;
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 durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi 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 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;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
13. 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;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
15. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle prestazioni previste ai punti "Odontoiatria/Ortodonzia", "Cure Odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico" e "Interventi chirurgici extraricovero" l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche

- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

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

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

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

6. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

6.1. Decorrenza e durata dell'assicurazione

La polizza ha efficacia dall'1/1/2023 all'1/1/2024, salvo proroghe o rinnovi.

Per quanto riguarda l'effetto e la scadenza della polizza per gli Assicurati che entrano/escono in corso d'anno, si rimanda a quanto stabilito all'art. "Inclusioni/Esclusioni".

6.2. Inclusioni/esclusioni

Premesso che **non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, o per il coniuge o convivente "more uxorio o per il figlio**, i quali non abbiano aderito entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i **dipendenti, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate", in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite**; essa verrà effettuata **mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo**. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia **sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio**; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione

dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo premio.

2) Inserimento di nuovi dipendenti, oppure del familiare di un nuovo dipendente, in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di dipendenti, oppure di un suo familiare, in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni/o modifica di contratto da tempo determinato a tempo indeterminato. La garanzia per il dipendente o del familiare indicato al punto 2 "Persone assicurate", decorre dal giorno dell'assunzione o modifica di contratto, sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione o la modifica di contratto venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire in copertura il coniuge o il convivente "more uxorio" o il figlio tutti risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione o della modifica del contratto e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

3) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati vengono **mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva**.

6.3. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Prima di partire per la vacanza/trasferta, scarica il modulo che attesta la validità della tua copertura sanitaria anche all'estero e contiene anche un riepilogo dei contatti utili in caso di necessità. Trovi il **Modulo estero** all'interno della tua **Area Clienti** sul sito UniSalute nella **sezione "Polizza"**.

Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina.

Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

6.4. Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 70° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento del 71° anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un **componente del nucleo familiare raggiunga il 70° anno di età, l'assicurazione cesserà** alla prima scadenza annua **limitatamente a questo Assicurato.**

6.5. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all'Assicurato la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

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

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

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

6.7. Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

6.8. Reclami

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

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

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c. breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d. copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti alle controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel già menzionato Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto-legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel già menzionato Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

7. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o axtramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mieolopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia Femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne 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 gnomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugotomia) e delle corde vocali intervento di corpectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomia
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia
- Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- 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 laparotomia
- Interventi per echinococchi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- 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

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovesicoleclectomia
- 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

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- 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 maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- 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
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO -FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di

infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche

8. SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA

Gentile Cliente,
affinché Unisalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche di cui si appresta a richiedere il rimborso, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la scheda anamnestica odontoiATRICA indicante le patologie e le pregresse riabilitazioni, rilevate PRIMA dell'erogazione delle terapie, durante le fasi diagnostiche pretrattamento.

Tale scheda è stata suddivisa in due tabelle per rendere più agevole e uniforme la raccolta dei dati relativi allo stato di salute del suo cavo orale, precedente alle prestazioni odontoiatriche effettuate.

La documentazione compilata andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti – Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

Il Sottoscritto/a													
Nato a	il	Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _											
Residente a		Prov				CAP							
Via/Piazza		N°		N° tel.									

TABELLA 1 – Anamnesi clinica degli elementi dentali e dei tessuti parodontali

Si prega di barrare con una X gli elementi interessati

Codice	Descrizione	Indicare gli elementi interessati															
X	ELEMENTO MANCANTE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
O	OTTURAZIONE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
D	DEVITALIZZAZIONE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
IN	INTARSIO	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
RIC	RICOSTRUZIONE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
W	CORONA PROTESICA SINGOLA	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
F	FIXTURE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
PF	ELEMENTO DI PROTESI FISSA	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
PM	ELEMENTO DI PROTESI MOBILE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
P	PERNO MONCONE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
S	ELEMENTO DI SCHELETRATO	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
DP	DENTE PILASTRO	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
C	CARIE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8

RA	RESIDUO RADICOLARE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
FC	FRATTURA CORONALE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
EN V	ELEMENTO NON VITALE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
ED P	ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
EM P	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO +	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
EM 1	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 1	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
EM 2	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 2	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
EM 3	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 3	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
RG MI	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER I	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
RG MII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER II	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
CO R	CISTI (ODONTOGENA O RADICOLARE)	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
DO A	DIFETTO OSSEO ANGOLARE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
ERI	ELEMENTO RITENUTO OD INCLUSO	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	
FR	FRATTURA RADICOLARE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	

C CI	CURA CANALARE INCONGRUA	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8
G P	GRANULOMA PERIAPICALE	1 8	1 7	1 6	1 5	1 4	1 3	1 2	1 1	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8
		4 8	4 7	4 6	4 5	4 4	4 3	4 2	4 1	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8

TABELLA 2 – Patologie del cavo orale

Indicare per esteso il quadro clinico rilevato: si prega di scrivere in stampatello in modo chiaro e leggibile.

(Es.: recessione gengivale classe di Miller III: 1° e 2° quadrante; leucoplachia: mucosa geniena destra; frenulo: linguale; riassorbimento osseo orizzontale: diffuso; altre patologie delle mucose orali: mucocoe labbro inferiore; ecc.)

Codice	Descrizione	Indicare se presente
MLCI	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I	
MLCII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II	
MLCIII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE III	
TP	TORUS PALATINO	
TM	TORUS MANDIBOLARE	
FT	FRENULO TECTOLABIALE	
E	EPULIDE (GRANULOMA A CELLULE GIGANTI)	
L	LEUCOPLACHIA	

ESLT	ERITOPLACHIE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI	
APMO	ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI	
FRE	FRENULO	
RCGMIII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III	
RCGMIV	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV	
ROO	RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE	

ATTENZIONE: nella scheda anamnestica vanno segnate le preesistenze (carie, elementi assenti, corone, otturazioni, fratture, ecc.) E NON le cure effettuate.

ATTENZIONE: La scheda anamnestica va compilata per l'intero cavo orale, non soltanto per il distretto oggetto di cure.

Note:

Firma dell'odontoiatra

Data
