

SINTESI DELLA GARANZIA BASE

A) RICOVERO

RICOVERO CON INTERVENTO CHIRURGICO, DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE E PARTO (NON COMPRESI I RICOVERI SENZA INTERVENTO) MASSIMALE per nucleo € 150.000,00 - grandi interventi chirurgici € 300.000,00:

- a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati viene applicata una **franchigia di € 1.000,00**;
- b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società vengono rimborsate all'Assicurato con uno **scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 ed un massimo non indennizzabile di € 10.000,00**;
- c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale con costo a **completo** carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "Indennità Sostitutiva", diversamente si applicano le condizioni del punto b);
- d) Pre-ricovero (standard) rimborso degli esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **90** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero **occorre contattare preventivamente la Centrale Operativa per la richiesta dell'applicazione delle tariffe riservate agli assicurati UniSalute, il cui rimborso avverrà con i limiti previsti al punto a)**;
- e) Intervento Chirurgico (standard) devono intendersi: 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;
- f) Assistenza medica, medicinali, cure (standard) devono intendersi: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero;
- g) Rette di degenza (standard) non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 250,00** al giorno (**€ 500,00** al giorno in caso di terapia intensiva);
- h) Accompagnatore (standard) Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di **ricovero in Istituto di cura non convenzionato** con la Società, la garanzia è prestata nel **limite di € 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**;
- i) Assistenza infermieristica privata individuale (standard) nel **limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**;
- j) Post-ricovero (standard) Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e **infermieristiche** (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), effettuati nei **90** 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;
- k) Trasporto Sanitario € 1.035,00;
- l) Day-Hospital non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici;
- m) Intervento Chirurgico Ambulatoriale;

- n) Trapianto spese sostenute per prelievo donatore;
- o) Parto Cesareo € 5.000,00 per anno e per nucleo;
- p) Parto ed Aborto € 2.200,00 per anno e per nucleo;
- q) Rimpatrio Salma € 1.500,00 per anno e per nucleo;
- r) Neonati nei primi 180 giorni di vita un Ricovero per gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici, la Società provvede al pagamento delle spese nel limite di € 30.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare;
- s) Indennità Sostitutiva qualora non venga richiesto alcun rimborso alla Società né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a **un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 200 giorni per ogni ricovero.**

B) TICKET PER VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento dei Ticket per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, **con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e di visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.** Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Non sono comprese in garanzia le prestazioni erogate in attività libero-professionale intramuraria.

Il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di € 10,00 per ogni ticket.

Per il rimborso dei ticket sanitari non è necessaria documentazione contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, purché dal ticket si evinca chiaramente la tipologia di prestazione eseguita. Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 250,00 per nucleo familiare.

C) SERVIZIO MONITOR SALUTE

- a) Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 50 anni. L'Assicurato dovrà compilare l'adesione presente sul sito www.unisalute.it, riceverà da UniSalute Servizi S.r.l. dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare. L'Assicurato avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nell'Art. "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche";
- t) Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

C) CURE ONCOLOGICHE MASSIMALE per nucleo € 5.000,00

- a) In Strutture Convenzionate Unisalute 100% massimale;
- b) In Strutture Private non Convenzionate o effettuate da personale non Convenzionato scoperto 20%;
- c) In strutture S.S.N. rimborso integrale dei tickets sanitari.

D) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE solo in Convenzione (ablazione tartaro con eventuale visita di controllo una volta l'anno).

E) SERVIZIO MONITOR SALUTE E SERVIZI CONSULENZA