

Guida al Piano sanitario

Fondo E.B.M. Salute

Edizione giugno 2018

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

**www.unisalute.it (e successivamente
tramite il sito di EBM SALUTE)**

24h su 24, 365 giorni l'anno

**In alternativa, per tutte le prestazioni e obbligatoriamente
in caso di ricovero per cure oncologiche per neoplasie
maligne, contatta preventivamente il**

Numero Verde

800-009674

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051-4161781

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

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

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" si informa che:

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna

fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE) In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà **di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.**

Guida al Piano sanitario

Fondo E.B.M. Salute

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la convenzione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Le prestazioni del Piano sanitario sono garantite da



1. SOMMARIO

2.	BENVENUTO	6
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	6
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute	6
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute	8
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	9
3.4.	Meccanismo di funzionamento delle franchigie, scoperti e limiti di spesa	10
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	11
4.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE) per accedere ai servizi nell'area riservata?	11
4.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute?	12
4.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	13
4.4.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	13
4.5.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	14
4.6.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute?	14
4.7.	Come posso ottenere pareri medici?	14
4.8.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	15
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	15
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	16
6.1.	Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico	17
6.2.	Cure oncologiche per neoplasie maligne	18
6.3.	Prestazioni di alta specializzazione	19
6.4.	Visite specialistiche	21
6.5.	Accertamenti diagnostici diversi da esami del sangue	22
6.6.	Ticket per esami del sangue e Pronto Soccorso	23
6.7.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	24
6.8.	Trattamenti fisioterapici riabilitativi per patologie o interventi chirurgici come da elenco	25
6.9.	Prestazioni diagnostiche particolari	26
6.10.	Prestazioni diagnostiche particolari per i figli minorenni	27
6.11.	Prevenzione obesità infantile	28
6.12.	Pacchetto maternità	29
6.13.	Remise en Forme	30
6.14.	PMA procreazione medicalmente assistita	31
6.15.	Primi mille giorni: copertura per le future mamme	32
6.16.	Prestazioni odontoiatriche particolari	32
6.17.	Prestazioni di implantologia	33
6.18.	Cure dentarie da infortunio	35
6.19.	Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	36
6.20.	Accertamenti diagnostici odontoiatrici	37
6.21.	Prestazioni di emergenza odontoiatrice	38
6.22.	Servizio Monitor Salute	39
6.22.1	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche	40
6.23.	Lenti e occhiali	41
6.24.	Counselling psicologico	41

6.25.	Indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i figli disabili	42
6.26.	Prestazioni a tariffe agevolate	43
6.27.	Sistema di calcolo dell'età genetica (non solo biologica)	43
6.28.	servizi di consulenza	44
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	45
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	47
8.1.	Validità territoriale	47
8.2.	Limiti di età	47
8.3.	Gestione dei documenti di spesa	47
8.4.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	48

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATI

2. BENVENUTO

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

I servizi online

Su www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE), 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 da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute

UniSalute ha predisposto per gli iscritti al Fondo E.B.M. Salute un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile su www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE), o telefonando alla Centrale Operativa. E’ sempre aggiornato e facilmente consultabile.

In caso di ricovero per cure oncologiche per neoplasie maligne, per permettere di valutare la copertura, occorre inviare la documentazione necessaria all’istruttoria della pratica **almeno 5 giorni prima** della data prevista per l’evento.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal Piano alle singole coperture) perché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra Fondo E.B.M. Salute, UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.



Prenotazione veloce

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

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

Fondo E.B.M. Salute, per il tramite di UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario (eventuali scoperti, franchigie o prestazioni non previste dal Piano sanitario).

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute. Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito** www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE) nell'area riservata, è comodo e veloce!

N.B. Qualora l'Isritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute, oppure qualora le strutture convenzionate fossero distanti più di 50 Km dalla residenza dello stesso, l'Isritto potrà usufruire delle prestazioni richieste con i limiti e con le condizioni previste per le prestazioni effettuate presso le strutture convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute e con le specifiche previste dalle singole coperture.

Tale procedura potrà essere attivata esclusivamente dopo la verifica della centrale operativa e su avallo della stessa.

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

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

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE), all'interno dell'area riservata: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet invia copia della documentazione a Fondo E.B.M. Salute – presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

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

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito all'interno dell'area riservata www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE);
- in caso di **ricovero per cure oncologiche per neoplasie maligne**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- in caso di **indennizzo a forfait delle spese mediche sanitarie e di assistenza sostenute per i figli disabili**, specifica documentazione indicata alla relativa copertura;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso il Fondo E.B.M. Salute, per il tramite di Unisalute, avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

E' bene sapere che dovrai consentire controlli medici eventualmente disposti dal Fondo E.B.M. Salute, per il tramite di Unisalute, e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE) all'interno dell'area riservata. E' facile e veloce!



Valutazione rimborso in 20 giorni

Chiedi online il rimborso ticket: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi la valutazione della tua richiesta entro 20 giorni!**

In alternativa, invia a **Fondo E.B.M. Salute - presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO**, la documentazione necessaria.

3.4. Meccanismo di funzionamento delle franchigie, scoperti e limiti di spesa

Applicazione della franchigia

1° esempio

Richiesta di rimborso € 100,00

Franchigia € 35,00

Indennizzo € 100,00 – 35,00 = € 75,00

2° esempio

Richiesta di rimborso € 20,00

Franchigia € 35,00

Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

Richiesta di rimborso € 100,00

Scoperto 20%

Indennizzo € 100,00 – 20% (€20,00) = € 80,00

Meccanismo di funzionamento del rimborso massimo per prestazione:

Richiesta di rimborso, per una prestazione € 100,00

Rimborso massimo per prestazione € 50,00

Indennizzo € 50,00

Meccanismo di funzionamento del massimale:

1° esempio

Somma assicurata € 300,00

Richiesta di rimborso per una fattura € 400,00
Indennizzo € 300,00.

2° esempio

Somma assicurata € 300,00

Richiesta di rimborso per varie fatture, inviate nel corso dello stesso anno € 100,00 + € 150,00 + € 200,00

Indennizzo massimo totale € 300,00.

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

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

Sul sito www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE) all'interno dell'area riservata puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario non connesse ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento**;
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni e inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute**;
- ottenere **pareri medici**.

4.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE) per accedere ai servizi nell'area riservata?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata nell'area riservata del sito www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE).

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

Nella home page del sito www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE), accedi all'area riservata 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 bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

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

Attraverso il sito puoi prenotare presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario.

Accedi all'area riservata e accedi **alla funzione "Prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

- Chiedere la prenotazione comunicando le tue disponibilità;
- prenotare in autonomia e comunicare l'appuntamento;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.



Prenotazione veloce

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

4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'area riservata e **accedi all'area "Aggiorna dati"**. In base alle tue esigenze puoi:

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



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

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

Entra nell'area riservata, accedi alla sezione **"Rimborsi"** e seleziona la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a Internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **Fondo E.B.M. Salute – presso UniSalute S.p.A.- Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

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

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

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

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

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

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

Entra nell'area riservata e **accedi alla sezione all'area "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute.

4.7. Come posso ottenere pareri medici?

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

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

4.8. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

AREA RISERVATA AGLI ISCRITTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'area riservata su www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE) e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

- test visivo;
- test audiometrico;
- qualità del sonno;
- prevenzione dentale: uno strumento "per grandi e piccoli" per una corretta igiene orale.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

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

E' in corso la definizione delle modalità operative per dare la possibilità al titolare iscritto al Fondo di poter estendere la copertura, ad adesione volontaria e a fronte del pagamento del relativo contributo, anche ai componenti del nucleo familiare NON fiscalmente a carico. Verrà data successiva comunicazione nel sito del Fondo.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del Piano stesso per le seguenti coperture:

- ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico;
- cure oncologiche per neoplasie maligne;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche;
- accertamenti diagnostici diversi da esami del sangue;
- ticket per esami del sangue e di Pronto Soccorso;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi per patologie o interventi chirurgici coma da elenco;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- prestazioni diagnostiche particolari per i figli minorenni;
- prevenzione obesità infantile;
- pacchetto maternità;
- remise en forme;
- PMA procreazione medicalmente assistita;
- primi mille giorni: copertura per le future mamme;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- prestazioni di implantologia;
- cure dentarie da infortunio;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- prestazioni di emergenza odontoiatrica;
- servizio monitor salute;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche;
- lenti e occhiali;
- counselling psicologico;
- indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di

- assistenza sostenute per i figli disabili;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- sistema di calcolo dell'età genetica (non solo biologica);
- servizi di consulenza.

6.1. Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico

Il Piano sanitario, in caso di ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, mette a disposizione, in strutture sanitarie convenzionate, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica per il recupero della funzionalità fisica e di un programma medico/riabilitativo che prevede consulenza e organizzazione delle prestazioni, anche di tipo assistenziale secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, per un periodo di **120** giorni dalla data di dimissione.

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

Le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute per il tramite di UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Fondo E.B.M. Salute per il tramite di UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute**

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

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

6.2. Cure oncologiche per neoplasie maligne

Il Piano sanitario, nei casi di malattie oncologiche maligne, liquida le spese effettuate in regime di ricovero o day hospital.

Sono previste inoltre le spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuate in regime di extraricovero.

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

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%**.

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

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di:

- € 10.000,00 per nucleo familiare in caso di utilizzo strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati;

- € 5.000,00 per nucleo familiare in caso di utilizzo strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute.

6.3. Prestazioni di alta specializzazione

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti:

- Accertamenti endoscopici (nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero, in corso di esame, in endoscopie operative, verrà garantita la copertura dell'endoscopia diagnostica, mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico dell'Isritto)
- Amniocentesi e Villocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Ecografia transvaginale
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie:

- Dialisi

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

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

- con l'applicazione di una franchigia di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione;
- senza l'applicazione di alcuna franchigia per le **prestazioni effettuate dai figli di età inferiore a 18 anni.**

L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con un importo massimo rimborsabile di **€ 50,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

I ticket sanitari a carico dell'iscritto vengono rimborsati integralmente. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 10.000,00 per nucleo familiare.</p>
--

6.4. Visite specialistiche

Il Piano sanitario prevede 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 copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

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

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

- con l'applicazione di una franchigia di **€ 35,00** per ogni visita

specialistica, che dovrà essere versata dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione;

- senza l'applicazione di alcuna franchigia per le **prestazioni effettuate dai figli di età inferiore a 18 anni**.

L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con un importo massimo rimborsabile di **€ 30,00** per ogni visita specialistica. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

I ticket sanitari a carico dell'Isritto vengono rimborsati con le seguenti modalità:

- con l'applicazione di una franchigia di **€ 10,00** per ogni ticket;
- senza l'applicazione di alcuna franchigia per le **prestazioni effettuate dai figli di età inferiore a 18 anni**.

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

6.5. Accertamenti diagnostici diversi da esami del sangue

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione degli esami del sangue e degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

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

Le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 45,00** per ogni accertamento diagnostico, che dovrà essere versata dall'iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

I ticket sanitari a carico dell'iscritto vengono rimborsati con le seguenti modalità:

- con l'applicazione di una franchigia di **€ 10,00** per ogni ticket;
- senza l'applicazione di alcuna franchigia per le **prestazioni effettuate dai figli di età inferiore a 18 anni.**

Per ottenere il rimborso, è necessario che l'iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

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

6.6. Ticket per esami del sangue e Pronto Soccorso

Il Piano sanitario prevede al rimborso dei ticket sanitari per esami del sangue e Pronto Soccorso con le seguenti modalità:

- con l'applicazione di una franchigia di **€ 10,00** per ogni ticket;
- senza l'applicazione di alcuna franchigia per le **prestazioni effettuate dai figli di età inferiore a 18 anni.**

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

6.7. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso**, sempreché siano prescritte da medico “di famiglia” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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

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

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, senza l’applicazione di scoperti o franchigie. L’Iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra indicato.

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

I ticket sanitari a carico dell’Iscritto vengono rimborsati integralmente. Per ottenere il rimborso, è necessario che l’Iscritto

alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

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

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici **a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati**, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico “di base” e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Artroprotesi d’anca
- Protesi ginocchio
- Patologie polmonari

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

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

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, senza l’applicazione di scoperti o franchigie.

L'iscritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra indicato.

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

I ticket sanitari a carico dell'iscritto vengono rimborsati integralmente. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

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

6.9. Prestazioni diagnostiche particolari

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

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Prestazione previste per gli uomini:

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo

- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA
- Visita specialistica urologica

Prestazione previste per le donne:

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

6.10. Prestazioni diagnostiche particolari per i figli minorenni

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

convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste per i figli minorenni dell'Iscritto, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Pacchetto 0 mesi - 14 anni

- Visita specialistica pediatrica

Pacchetto 15 -18 anni

- Visita specialistica endocrinologica

6.11. Prevenzione obesità infantile

La copertura è prestata a favore dei figli del titolare, di età compresa tra i 4 e 17 anni, già in copertura oppure inseriti nel Piano sanitario per la sola copertura "Prevenzione obesità infantile", mediante procedura di adesione online disponibile sul sito www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE), con contestuale richiesta di attivazione della copertura stessa. Per attivare la copertura l'Iscritto dovrà compilare un questionario dati volto ad individuare eventuali stati di rischio di obesità nei figli da 4 a 17 anni, raggiungibile cliccando su www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE) e "confermare il suo invio" a Unisalute.

Unisalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà al genitore iscritto tramite email, l'esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica, sull'area riservata del sito internet accessibile tramite username e password.

Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, rivolti

all'iscritto per i propri figli, anche in collaborazione con un medico UniSalute.

Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che il figlio si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, Unisalute per Fondo E.B.M. Salute provvederà all'organizzazione e al pagamento di una visita specialistica dal pediatra/dietologo, da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, Unisalute provvederà a contattare il genitore iscritto via email una volta al mese per un periodo di tre mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito Unisalute.

6.12. Pacchetto maternità

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- ecografie di controllo;
 - visite specialistiche;
 - amniocentesi;
 - analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza.
- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

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

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute**

La copertura prevede **esclusivamente il rimborso** senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia **per due visite specialistiche ginecologiche post parto**.

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

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

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

Il Piano sanitario provvede inoltre al pagamento delle seguenti prestazioni:

- supporto psicologico post parto fino ad un massimo di **5** sedute per evento entro **6** mesi dal parto (avvenuto nell'anno associativo di copertura).

6.13. Remise en Forme

In caso di parto, sia naturale che cesareo, avvenuto durante l'operatività del presente Piano sanitario, sono comprese in copertura le spese relative ad un pacchetto di 3 giorni di Remise en Forme che l'iscritta potrà effettuare entro un anno dall'evento del parto, e in un'unica soluzione, presso uno dei Centri Termali convenzionati da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute appositamente per questa copertura.

Sono comprese in copertura le spese* per:

- **1° giorno:** accoglienza; visita medica (si precisa che la visita medica è da intendersi obbligatoria così come l'esito positivo all'idoneità alle prestazioni del presente pacchetto), seduta in acqua;

- **2° giorno:** attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfo drenaggio o analogo; attività motoria in palestra o all'esterno o percorso vascolare e trattamento corpo;
- **3° giorno:** attività motoria guidata in acqua termale o in palestra, massaggio adiposità localizzate o linfo drenaggio o analogo, trattamento corpo.

*i pacchetti possono subire variazioni per esigenze organizzative e per le peculiarità dei singoli Centri Termali.

Ai fini dell'attivazione della presente copertura è necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa.

Relativamente ad eventuali spese di soggiorno alberghiero presso la struttura convenzionata che lo preveda e nella quale si effettua il pacchetto di Remise en Forme, potrà essere messo a disposizione un voucher per usufruire dell'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti con un conseguente risparmio rispetto al listino normalmente previsto dalla struttura alberghiera termale.

6.14. PMA procreazione medicalmente assistita

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 6, il Piano sanitario rimborsa all'Iscritta le spese extra-ospedaliere sostenute per procreazione medico assistita.

La copertura è operante per le sole dipendenti donne.

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

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

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

senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

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

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

6.15. Primi mille giorni: copertura per le future mamme

Il progetto «primi1000giorni» intende coinvolgere le famiglie in un modello unico al mondo focalizzato sulle primissime fasi di sviluppo del bambino, che integra tecnologie e conoscenze all'avanguardia nel campo della medicina molecolare, dell'educazione/formazione e dei dispositivi portatili, per prevenire l'insorgenza delle malattie non trasmissibili mediante:

- a. percorsi di educazione personalizzati sulla base delle caratteristiche cliniche/sociali dell'individuo focalizzati sulla nutrizione, sull'attività fisica ed in generale sulle attività legate al benessere ed alla salute della persona;
- b. consulenza ostetrico/ginecologica: I medici UniSalute forniranno alle future mamme tutta la consulenza medica di cui hanno bisogno attraverso una linea telefonica dedicata in stretto contatto con i nostri medici specialisti: consulenza ostetrica ginecologica per fornire informazioni prima e dopo il parto, per la cura e il benessere del bambino.

I presenti servizi vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-212477**.

6.16. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per**

Fondo E.B.M. Salute dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto”, sotto indicate, sono nate per monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell’Iscritto, il medico riscontri, in accordo con Unisalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell’arco dello stesso anno associativo, il Piano sanitario provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a Unisalute.

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

- **La copertura è operante nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute, per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, con l’applicazione di uno scoperto del **30%** che dovrà essere versato dall’Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell’emissione della fattura.

6.17. Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del

Piano” al punto 3, il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per le prestazioni di implantologia. **La copertura opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.**

Rientrano in copertura il posizionamento dell’impianto, l’eventuale avulsione, l’elemento definitivo, l’elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie, i referti radiografici e ortopantomica precedenti e successivi all’installazione degli impianti.

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

Le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute, per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, senza l’applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa sotto indicato, l’importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall’Iscritto alla struttura convenzionata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute**

Le spese sostenute vengono rimborsate senza l’applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

I ticket sanitari a carico dell’Iscritto vengono rimborsati integralmente.

**Il limite di spesa annuo a disposizione
per la presente copertura è di:**

**- € 5.000,00 per nucleo familiare in caso di utilizzo di strutture
convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute oppure in caso
di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, con un sottolimito di
€ 400,00 per singolo impianto.**

**-€ 500,00 per nucleo familiare in caso di utilizzo di strutture non
convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute.**

6.18. Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, il Piano sanitario liquidava all’Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell’evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

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

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

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

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

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

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

6.19. Interventi chirurgici odontoiatrici extracovero

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, il Piano sanitario liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura sanitaria purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

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

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

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

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume

canalare;

- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

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

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

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

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

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

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

6.20. Accertamenti diagnostici odontoiatrici

In deroga a quanto previsto al capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario liquida le spese sostenute per i seguenti accertamenti odontoiatrici:

- ortopantomografia;
- radiografie endorali;
- dentalscan;
- telecranio.

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

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

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da Fondo E.B.M. Salute, per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante.

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

I ticket sanitari a carico dell'Isritto vengono rimborsati integralmente. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante.

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

6.21. Prestazioni di emergenza odontoiatrica

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche d'emergenza **fruibili una volta all'anno**. Le prestazioni sono:

- visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica;
- endorale periapicale (lastrina 4x3);
- trattamento di Pronto Soccorso.

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

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

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

senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale** I ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati integralmente.

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

6.22. Servizio Monitor Salute

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

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

Per attivare il Servizio, l'Iscritto dovrà compilare il "Questionario Monitor – Salute" presente sul sito www.unisalute.it (e successivamente tramite il sito di EBM SALUTE) nell'area riservata, nella quale ogni Iscritto può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

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

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

Nel caso in cui l'Iscritto presenti i requisiti per entrare nel programma

di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Isritto. Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Isritto, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Isritto avrà inoltre a disposizione un importo aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato al punto "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche". Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Isritto potrà contattare il numero verde dedicato **800-169009**, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Isritto potrà contattare il numero verde dedicato **800-244262**.

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

6.22.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche

Per gli Isritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati al punto "Servizio Monitor Salute", il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli iscritti, con le modalità sotto indicate.

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

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

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

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

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

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

6.23. Lenti e occhiali

Il Piano sanitario rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura.

Le spese sostenute verranno rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Per l'attivazione della copertura è necessaria la prescrizione del medico oculista, attestante la variazione del visus.

Il limite di spesa a disposizione per la presente copertura è di € 50,00 per nucleo familiare operante per l'intera durata del Piano sanitario.

6.24. Counselling psicologico

Il Piano sanitario offre un servizio di Counselling Psicologico.

- Servizio di Counselling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365gg/anno;
- Ogni Iscritto ha la possibilità di telefonare e parlare con uno

psicologo.

La copertura è operante per un massimo di 5 telefonate, illimitate per le donne che hanno subito violenza.

I presenti servizi vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-212477**.

6.25. Indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i figli disabili

La presente copertura prevede l'erogazione di un indennizzo una tantum, a favore degli Iscritti che hanno un figlio disabile con una invalidità riconosciuta superiore al 60% (Legge 68 del 1999).

Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 60%.

Modalità di erogazione dell'indennizzo:

Il contributo è concesso nella misura di **€ 500,00** a forfait una tantum per ogni figlio con una invalidità riconosciuta superiore al 60% in base alle vigenti leggi.

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

- copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 60%; per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purchè esaustiva;
- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa dell'Iscritto, attestante il legame parentale tra il titolare ed il figlio disabile per il quale si chiede l'indennizzo forfettario.

La presente copertura si intende operante indipendentemente dagli eventuali contributi erogati dagli Enti preposti per la disabilità del

figlio.

6.26. Prestazioni a tariffe agevolate

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal Piano sanitario o per esaurimento del limite di spesa annuo o perché inferiore alle franchigie e rimanga a totale carico dell'Isritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle convenzionate da Unisalute per Fondo E.B.M. Salute, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Isritti al Fondo E.B.M. Salute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

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

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

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

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

L'isritto, una volta compilato il questionario lo potrà inviare ai medici UniSalute che ne valuteranno i dati e saranno in grado di

fornire un riscontro in merito a età biologica e genetica consigliando corretti stili di vita.

6.28. servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009674** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **051.6389046**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo E.B.M. Salute.

c) Pareri medici

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

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Le coperture del presente Piano sanitario non sono operanti nel caso in cui si siano rese necessarie a seguito degli eventi (nonché l'ospedalizzazione domiciliare) qui di seguito elencati:

1. ricoveri effettuati per cure e/o per interventi finalizzati all'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto per le coperture a carattere odontoiatrico espressamente previste in copertura;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo l'ospedalizzazione domiciliare a seguito di interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Iscritto con dolo o colpa grave;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;
17. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
18. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Limitatamente alle coperture a carattere odontoiatrico espressamente previste, il Piano sanitario non è operante per:

- protesi estetiche

- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche

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

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

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

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo.

Abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

8.2. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **90°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del **91°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **90°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

8.3. Gestione dei documenti di spesa

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

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

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

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

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

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, Fondo E.B.M. Salute per il tramite di UniSalute provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

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

