



Guida al Piano Sanitario di Assistenza Sanitaria Integrativa per i Geometri di Reggio Emilia

Reggio Emilia, 30.10.2019

ARGOMENTI TRATTATI:

1. Analisi del Piano Sanitario – Garanzia A

- 1.1 Le persone per cui è operante la copertura
- 1.2 Le prestazioni in copertura
- 1.3 Il limite di spesa annuo
- 1.4 Analisi delle singole prestazioni in copertura
- 1.5 Modalità di erogazione delle prestazioni
- 1.6 Contributi annui

2. Analisi del Piano Sanitario – Garanzia B

- 2.1 Le persone per cui è operante la copertura
- 2.2 Le prestazioni in copertura
- 2.3 Il limite di spesa annuo
- 2.4 Analisi delle singole prestazioni in copertura
- 2.5 Modalità di erogazione delle prestazioni
- 2.6 Periodo di carenza
- 2.7 Contributi annui

3. Analisi del Piano Sanitario – Garanzia C

- 3.1 Le persone per cui è operante la copertura
- 3.2 Le prestazioni in copertura
- 3.3 I contributi annui

4. Gestione della Copertura Sanitaria

- 4.1 Accesso al Piano Sanitario
- 4.2 Registrazione
- 4.3 Home Page
- 4.4 Prenotazioni
- 4.5 Rimborsi – Estratto conto
- 4.6 Strutture Convenzionate

La Cassa dei Geometri ha rinnovato in data **16 aprile 2019** la copertura sanitaria con Unisalute, società del Gruppo Unipol specializzata in assicurazioni sanitarie, per tutti gli iscritti e i pensionati in attività.

La polizza prevede **tre garanzie**:

garanzia **A**

La garanzia A è **gratuita** per tutti gli **iscritti alla Cassa e per i pensionati in attività** ed è estendibile al nucleo familiare e ai pensionati non più iscritti.

garanzia **B**

La garanzia B è **estendibile** agli **iscritti e ai pensionati in attività** per avere più garanzie e più prestazioni con tariffe vantaggiose. E' possibile estenderla al nucleo familiare, previa accettazione della Garanzia A

garanzia **C**

La garanzia C permette di **estendere l'indennità di non autosufficienza** anche al **nucleo familiare**, previa attivazione della garanzia A



PIANO SANITARIO – GARANZIA A

1.1 LE PERSONE PER CUI E' OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è operante in favore di tutti i geometri iscritti, i praticanti iscritti ed i pensionati in attività, in favore dei quali la CASSA GEOMETRI ha stipulato in forma collettiva e automatica una copertura per «**Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi**»

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico dell'associato, al nucleo familiare dell'iscritto, intendendosi per tale il coniuge, il convivente e i figli - conviventi e non (ad esempio studenti fuori sede) con il limite di età dei 35 anni compiuti. Al compimento del 36° anno di età il rinnovo del Piano Sanitario decade automaticamente (ad eccezione del figlio inabile). Allo stesso modo, decade dalla copertura il pensionato non più iscritto alla Cassa (rimarrà in copertura sino a scadenza annua).

La modulistica per l'estensione al nucleo familiare è reperibile sul sito www.cassageometri.it sezione Cassa per te /Assistenza sanitaria integrativa /Modulistica e www.unisalute.it. Il termine per poter inserire il nucleo familiare in copertura è stato identificato con la data del **16.07.2019**; successivamente a questa data è possibile richiedere l'estensione solo nel caso di variazione dello stato di famiglia o in sede di rinnovo della copertura.

1.2 LE PRESTAZIONI IN COPERTURA

Il Piano sanitario è operante in caso di **malattia e infortunio** per le seguenti prestazioni (è necessaria pertanto la prescrizione del medico che attesti la patologia per cui si richiede la prestazione)

- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO**
- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO PER GRAVE EVENTO MORBOSO**
- **TRATTAMENTO MEDICO DOMICILIARE PER GRAVE EVENTO MORBOSO**
- **DAY HOSPITAL PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO O PER GRAVE EVENTO MORBOSO INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO**
- **PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE** (copertura operante per i soli iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)
- **PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI** (copertura operante per i soli iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)
- **INDENNITA' PER GRAVE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO** (copertura operante per i soli iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)
- **INDENNITA' DI NON AUTOSUFFICIENZA** (copertura operante per i soli iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)
- **SINDROME METABOLICA**(copertura operante per i soli iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità)
- **TARIFFE AGEVOLATE**
- **SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA**

1.3 LIMITE DI SPESA ANNUO

Il **limite di spesa annuo** per l'insieme di tutte le prestazioni ricomprese nel Piano Sanitario – Garanzia A ammonta ad **€ 400.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare, il che significa che, raggiunto questo limite, non è più possibile richiedere ulteriori prestazioni

1.4 ANALISI DELLE SINGOLE PRESTAZIONI IN COPERTURA

Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico

Per RICOVERO si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento in Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Gli interventi in copertura sono i seguenti:

- a. **Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiocirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.** Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in copertura quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e della loro eventuale successiva sostituzione.
- b. **Interventi per trapianti: tutti.**
- c. **Interventi ortopedici di impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi.**
- d. **Interventi di neurochirurgia per:**
 - craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale;
 - intervento per epilessia focale e callosotomia;
 - intervento per encefalomeningocele;
 - derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
 - intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
 - trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
 - endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
 - talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
 - cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
 - neurotomia retrogasseriana;
 - interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
 - interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocèle, mielomeningocele, ecc.);
 - vagotomia per via toracica;
 - simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
 - plastica per paralisi del nervo facciale;
 - intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
 - asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.



e. Interventi di cardiocirurgia per:

- tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- tutti gli interventi a cuore chiuso;
- impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

f. Interventi di chirurgia vascolare per:

- aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- stenosi ad ostruzione arteriosa;
- disostruzione by-pass aorta addominale;
- trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- by pass aortocoronarico.

g. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- gravi e vaste mutilazioni del viso;
- plastica per paralisi del nervo facciale;
- riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- anchilosi temporo-mandibolare.

h. Interventi di chirurgia generale per:

- diverticolosi esofagea;
 - occlusioni intestinali con o senza resezione;
 - gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
 - echinococchi epatica e/o polmonare;
 - cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
 - colecistecomia
 - pancreatite acuta;
 - broncoscopia operativa;
 - resezione epatica;
 - epatico e coledocotomia;
 - interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
 - interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
 - laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
 - interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- intervento per mega-esofago;
 - resezione gastrica totale;
 - resezione gastro-digiunale;
 - intervento per fistola gastro-digiunocolica;
 - interventi di amputazione del retto-ano;
 - interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
 - drenaggio di ascesso epatico;
 - interventi chirurgici per ipertensione portale;
 - interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
 - papillotomia per via transduodenale;
 - intervento di asportazione della milza;
 - resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione;
 - tiroidectomia totale;
 - resezione pancreatica.



i. Interventi di chirurgia urogenitale per:

- fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, ret vaginale, ureterale;
- intervento per estrofia della vescica;
- metroplastica;
- nefroureterectomia radicale;
- surrenalectomia;
- interventi di cistectomia totale;
- interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- cistoprostatovescicolectomia;
- leocisto plastica;
- colecisto plastica;
- isterectomia totale;
- intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

j. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- odontocheratopresi;
- timpanoplastica;
- chirurgia endoauricolare della vertigine;
- chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc).
- chirurgica della sordità otosclerotica.

k. Interventi di chirurgia toracica per:

- pneumectomia totale o parziale
- lobectomia polmonare
- intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- interventi per fistole bronchiali
- interventi per echinococchi polmonare.

l. Interventi di chirurgia pediatrica per:

- idrocefalo ipersecretivo;
- polmone cistico e policistico;
- atresia dell'esofago;
- fistola dell'esofago;
- atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- megaretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

L'iscritto che effettua un grande intervento chirurgico può ottenere il rimborso delle seguenti spese:

Pre-ricovero

Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, comprese le prestazioni biottiche, terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni effettuate **nei 125 giorni precedenti il ricovero** (purchè inerenti la malattia o l'infortunio che ha determinato il ricovero)

Intervento

Onorari del chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; **sala operatoria e materiali di intervento**

Ass. medica,
medicinali,
cure

Assistenza medica ed infermieristica, **cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi**, medicinali ed esami relativi al **periodo di ricovero**

Accompagna
tore

Retta di vitto e di **pernottamento dell'accompagnatore** in istituto di cura o in struttura ospedaliera. La copertura è operante fino al limite di **€ 110,00 al giorno** per un periodo massimo di **30 giorni**.

Ass.
infermieristic
a

Assistenza infermieristica individuale nel limite di **€ 3.900,00** per anno associativo e nucleo familiare

Post-ricovero

Trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, terapie radianti e non e tutte le prestazioni effettuate **nei 155 giorni successivi alla cessazione del ricovero** (purchè inerenti la malattia o l'infortunio che ha determinato il ricovero)



Trasporto Sanitario

Sono rimborsate le **spese** per il **trasporto dell'iscritto e dell'accompagnatore** allo e dall'istituto di cura e quelle da un istituto di cura all'altro per un limite di **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare (in caso di ricovero in uno degli Stati dell'UE) o di **€ 6.000,00** (in caso di ricovero nel resto del mondo)

Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono anche rimborsate le **spese sanitarie sostenute dal donatore** durante il ricovero per accertamenti vari

App.protesici sanitari

E' previsto il rimborso di tutte le **spese** sostenute per l'**acquisto**, il **noleggio**, la **manutenzione** e la **riparazione** di **apparecchi protesici**, terapeutici e sanitari, purchè conseguenti al ricovero. Il limite di spesa annuo a disposizione è di **€ 5.500,00** per nucleo familiare.

Cure palliative

Il Piano rimborsa tutte le **spese** per **cure palliative** e **terapie del dolore**. Il limite di spesa annuo a disposizione è di **€ 25.000,00 per evento**.

Rimpatrio della salma e costi funerari

Il Piano rimborsa tutte le **spese** per **costi funerari** e di **rimpatrio della salma** (in caso di decesso all'estero) conseguente ad un ricovero indennizzabile dal Piano Sanitario. Il limite di spesa annuo a disposizione è di **€ 5.000,00** per nucleo familiare.

Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso

La copertura è operante in assenza di intervento chirurgico.
I gravi eventi morbosi in copertura sono i seguenti:

- a. Infarto miocardico acuto.**
- b. Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:**
 - dispnea;
 - edemi declivi;
 - aritmia;
 - angina instabile;
 - edema o stasi polmonare;
 - ipossiemia.
- c. Neoplasia maligna.**
- d. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:**
 - ulcere torbide;
 - decubiti;
 - neuropatie;
 - vasculopatie periferiche;
 - infezioni urogenitali o sovrinfezioni;
 - complicanze oculari.
- e. Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.**
- f. Stato di coma.**
- g. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.**



- h. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale, inoltre, limitatamente al solo caonucleo, sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:**
- i. Tetraplegia.**
- j. Sclerosi multipla.**
- k. Sclerosi laterale amiotrofica.**
- l. Alzheimer.**
- m. Morbo di Parkinson caratterizzato da:**
 - riduzione attività motoria;
 - mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.



L'iscritto che viene ricoverato per un grave evento morboso può ottenere il rimborso delle seguenti spese:

Pre-ricovero

Accertamenti **diagnostici**, comprese le prestazioni biotiche, gli onorari dei medici, nonché tutte le prestazioni effettuate nei **100 giorni precedenti** il ricovero (purchè inerenti l'evento morboso che ha determinato il ricovero)

Ass. medica,
medicinali,
cure

Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativi al periodo di **ricovero**

Ass.
infermieristic
a

Assistenza infermieristica individuale nel limite di **€ 3.900,00** per anno associativo e nucleo familiare

Post-ricovero

Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici (comprese le prestazioni biotiche, terapie mediche e chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche e professionali (ambulatoriali e domiciliari) e, in genere, **tutte le prestazioni sanitarie** effettuate nei **120 giorni successivi alla data di dimissione** dall'istituto di cura. Il limite di spesa annuo è di **€ 13.000,00** per nucleo familiare.

POLIAMBULATORIO PRIVATO
DAY SURGERY



CENTRO MEDICO PRIVATO
**LAZZARO
SPALLANZANI**

REGGIO EMILIA

DIRETTORE SANITARIO
DOTT. PAOLO SPALLANZANI
SPECIALISTA IN OCULISTICA

Trasporto Sanitario

Sono rimborsate le **spese** per il **trasporto dell'iscritto e dell'accompagnatore** allo e dall'istituto di cura e quelle da un istituto di cura all'altro per un limite di **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare (in caso di ricovero in uno degli Stati dell'UE) o di **€ 6.000,00** (in caso di ricovero nel resto del mondo)

App.protesici i sanitari

E' previsto il rimborso di tutte le **spese** sostenute per l'**acquisto**, il **noleggio**, la **manutenzione** e la **riparazione** di **apparecchi protesici**, terapeutici e sanitari, purchè conseguenti al ricovero. Il limite di spesa annuo a disposizione è di **€ 5.500,00** per nucleo familiare.

Cure palliative

Il Piano rimborsa tutte le spese per **cure palliative** e **terapie del dolore**. Il limite di spesa annuo a disposizione è di **€ 25.000,00** per evento.

Rimpatrio della salma e costi funerari

Il Piano rimborsa tutte le **spese** per **costi funerari** e di **rimpatrio della salma** (in caso di decesso all'estero) conseguente ad un ricovero indennizzabile dal Piano Sanitario. Il limite di spesa annuo a disposizione è di **€ 5.000,00** per nucleo familiare.

Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso

Premettendo che per «**grave evento morboso**» si intendono quelli elencati nelle slide precedenti, la copertura è operante per le seguenti spese sostenute in caso di trattamenti domiciliari:

- a. Visite specialistiche
- b. Esami e accertamenti diagnostici
- c. Terapie mediche, comprese quelle radianti, chemioterapiche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche
- d. Prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'evento morboso

Trasporto Sanitario

Sono rimborsate le spese per il **trasporto dell'iscritto e dell'accompagnatore** allo e dall'istituto di cura e quelle da un istituto di cura all'altro per un limite di **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare (in caso di ricovero in uno degli Stati dell'UE) o di **€ 6.000,00** (in caso di ricovero nel resto del mondo)

App.protesici sanitari

E' previsto il rimborso di tutte le **spese** sostenute per l'**acquisto**, il **nolegg**io, la **manutenzione** e la **riparazione** di **apparecchi protesici**, terapeutici e sanitari, purchè conseguenti al ricovero. Il limite di spesa annuo a disposizione è di **€ 5.500,00** per nucleo familiare.

Cure palliative

Il Piano rimborsa tutte le **spese** per **cure palliative** e **terapie del dolore**. Il limite di spesa annuo a disposizione è di **€ 25.000,00** per evento.

Rimpatrio della salma e costi funerari

Il Piano rimborsa tutte le **spese** per **costi funerari** e di **rimpatrio della salma** (in caso di decesso all'estero) conseguente ad un ricovero indennizzabile dal Piano Sanitario. Il limite di spesa annuo a disposizione è di **€ 5.000,00** per nucleo familiare.



1.5 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per le prestazioni di cui ai punti 4.1 – Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico, 4.2 – Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso, 4.3 - Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso è possibile per l'iscritto:

- **SCEGLIERE UNA STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA** : in tal caso il pagamento verrà effettuato da Unisalute direttamente alla struttura prescelta, senza l'applicazione di alcuno scoperto o minimo indennizzabile. Al momento della prestazione, l'iscritto dovrà presentare alla struttura un valido documento d'identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con indicazione della malattia accertata o presunta per la quale la prestazione è stata autorizzata
- **SCEGLIERE UNA STRUTTURA NON CONVENZIONATA** : in tal caso il pagamento verrà anticipato dall'iscritto alla struttura prescelta, fermo restando la possibilità di essere successivamente rimborsato da Unisalute (previa presentazione di esplicita fattura e documentazione annessa- ad esempio in caso di ricovero è richiesta la cartella clinica completa di lettera di dimissione). A carico dell'iscritto resterà una quota minima e massima non indennizzabile di € 300,00 / € 2.000,00, oltre che il 15% dell'importo residuo (es. costo intervento € 10.000,00 – QUOTA A CARICO (minimo indennizzabile € 2.000,00 + 15% dell'importo residuo) € 3.200,00 QUOTA UNISALUTE € 6.800,00)
- **SCEGLIERE IL SSN O UNA STRUTTURA ACCREDITATA CON IL SSN** : in tal caso l'iscritto avrà diritto al rimborso integrale di tutti i ticket e di tutte le spese per trattamento alberghiero

Nel caso di ricovero per i quali la struttura sanitaria richieda un anticipo all'atto di ammissione, potrà essere richiesta ad Unisalute dall'iscritto o da un suo familiare (in caso di incapacità) una somma massima pari all'80% delle somme preventivate dall'Istituto di cura.

Tale richiesta dovrà essere corredata da:

1. Relazione medica sull'intervento al fine di valutare l'operatività della copertura
2. Preventivo dell'intervento
3. Richiesta dell'istituto di cura del versamento di un anticipo

L'anticipo viene reso entro 10 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione



Indennità sostitutiva per ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso

Qualora l'iscritto non richieda alcun rimborso ad Unisalute a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico o per grave evento morboso o per altra prestazione connessa, avrà diritto a **un'indennità sostitutiva di € 155,00 per ogni giorno di ricovero e per un periodo non superiore ai 180 giorni per ricovero**. E' inoltre previsto il rimborso di tutte le spese sostenute per visite, accertamenti, terapie pre e post ricovero. Allo stesso modo, è prevista una diaria giornaliera di € 155,00 per ogni giorno di ricovero o day hospital pre e post intervento.

Day Hospital per grande intervento chirurgico o grave evento morboso

Il **day hospital o ricovero diurno per grande intervento chirurgico** è equiparato a tutti gli effetti al «Ricovero per grande intervento chirurgico di cui al punto 4.1

Il **day hospital o ricovero diurno senza intervento chirurgico** per grave evento morboso superiore ai 3 giorni è equiparato a tutti gli effetti al «Ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico per grave evento morboso» di cui al punto 4.2



Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

Il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici (compresi gli interventi di implantologia dentale) conseguenti alle seguenti patologie:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Per l'attivazione della copertura è necessaria la prescrizione di un medico attestante il quesito diagnostico e la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La copertura è operante esclusivamente **in forma rimborsuale**; è l'iscritto ad anticipare il pagamento e a richiedere successivamente il rimborso, previo inoltro di fattura unitamente a radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario e referti istologici per le cisti follicolari e radicolari. Il rimborso avviene lasciando a carico dell'iscritto una quota pari al **15%**. Il limite di spesa annuo è di **€ 15.000,00** per persona.

Prestazioni di alta specializzazione (copertura operante per i soli iscritti in forma collettiva e pensionati in continuità)

Il Piano sanitario liquida le spese sostenute per le seguenti prestazioni di alta specializzazione:

- Angiografia
- Artroscopia
- Broncografia
- Cistoscopia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colecistografia
- Colonscopia
- Colposcopia
- Ecocolordoppler
- Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)
- Ecografia transrettale
- Ecografia transvaginale
- Ecografia mammaria
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Holter cardiaco
- Holter pressorio
- Isterosalpingografia
- Mammografia
- OCT Oculare
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografica a Emissione di Positroni (PET)
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

La **copertura** è operante solo in caso di **ricorso a strutture sanitarie convenzionate** con Unisalute ed effettuate da **medici convenzionati** (in tal caso è prevista una franchigia di € 20,00 a carico dell'iscritto e la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o patologia presunta o accertata) e in caso di **utilizzo di strutture del SSN** (in tal caso è previsto il rimborso integrale dei ticket, previo ricevimento del ticket pagato e prescrizione medica).

Il limite di spesa annuo è di **€ 5.000,00** per persona



Prestazioni diagnostiche particolari (copertura operante per i soli iscritti in forma collettiva e pensionati in continuità)

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate in strutture convenzionate con Unisalute, previa prenotazione. Le prestazioni sono previste per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorchè non ancora conclamati, in soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione

PACCHETTO PREVENZIONE 1

Prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta all'anno:

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Esame delle urine
- Colesterolo totale
- Colesterolo HDL
- Esame occulto delle feci
- Trigliceridi
- Glicemia
- Elettroforesi proteine plasmatiche
- Azotemia(Urea)
- Creatinemia
- ALT/FTP
- AST/GOT
- Gamma GT
- PTT
- PT
- Elettrocardiogramma base
- visita specialistica oculistica
- visita specialistica otorino con esame audiometrico
- visita specialistica odontoiatrica con ablazione del tartaro



PACCHETTO PREVENZIONE 2

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni:

- PSA
- PSA free
- Ecografia prostatica
- ECG da sforzo

PACCHETTO PREVENZIONE 3

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni:

- Ecografia mammaria
- PAP TEST
- Visita ginecologica

PACCHETTO PREVENZIONE 4

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 50 anni una volta ogni due anni:

- Mammografia
- Ecodoppler arti



Indennità per grave invalidità permanente da infortunio (copertura operante per i soli iscritti in forma collettiva e pensionati in continuità)

In caso di infortunio che comporti per l'iscritto **un'invalidità permanente di grado superiore al 66%**, Unisalute liquiderà un indennizzo pari ad **€ 70.000,00** per le sole conseguenze dirette ed esclusive scaturite dall'infortunio (sono da escludersi condizioni fisiche o patologiche preesistenti). Per la determinazione del grado di invalidità, Unisalute fa riferimento al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali. La denuncia di infortunio deve essere inoltrata ad Unisalute entro 15 giorni dall'infortunio stesso con indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento, cause che lo hanno determinato e certificato medico.

Indennità di non autosufficienza (copertura operante per i soli iscritti in forma collettiva e pensionati in continuità)

E' considerato **«non autosufficiente»** l'iscritto che, a causa di una malattia, infortunio o perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per lo svolgimento delle attività ordinarie di vita quotidiana, nonostante l'utilizzo e il supporto di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Viene, altresì, riconosciuto lo stato di autosufficienza ogniqualvolta l'iscritto risulti essere affetto da una patologia nervosa o mentale che determini la perdita delle capacità cognitive (basti pensare al morbo di Parkinson o di Alzheimer ad esempio).

In questi casi, Unisalute garantisce **servizi di assistenza sanitaria oppure eroga un'indennità forfettaria** a risarcimento del danno subito e a rimborso delle eventuali spese sostenute per spese sanitarie e socio-sanitarie. La scelta tra le due opzioni è alternativa e viene scelta dall'iscritto all'atto della denuncia. L'avvio della pratica avviene attraverso trasmissione da parte dell'iscritto o di un familiare di un fascicolo contenente il certificato medico attestante lo stato di non autosufficienza, la data della sua sopravvenienza e l'origine dello status (ad esempio: incidentale o patologica). Sarà Unisalute, al momento della ricezione della documentazione, a richiedere entro 20 giorni ulteriori delucidazioni al medico interessato o ad altro medico espressamente nominato. Entro 90 gg Unisalute si impegna a dare riscontro positivo o negativo.



Nel caso in cui venga accertato lo stato di «non autosufficienza», Unisalute provvederà ad erogare le seguenti prestazioni:

- **Assistenza sanitaria e socio-sanitaria** nel limite di **€ 1.600,00 mensili** e per una **durata massima di 60 mesi**
- **Indennizzo forfettario del danno** erogato in forma mensile nel limite di **€ 1.600,00 mensili** e per una **durata massima di 60 mesi**

Qualora nel nucleo familiare siano presenti figli minori, il periodo di erogazione si intende raddoppiato e comunque tale beneficio aggiuntivo cesserà al compimento del 18° anno di età dell'ultimo dei figli minori. Nel caso siano presenti figli disabili, il periodo di copertura si intende triplicato indipendentemente dall'età.

Sono **esclusi** da questa copertura tutti gli iscritti che, al momento dell'adesione al Piano Sanitario, risultino già affetti da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica (morbo di Parkinson o di Alzheimer) oppure tutti gli iscritti che dolosamente abbiano cagionato uno stato di non autosufficienza, abbiano partecipato attivamente a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, terrorismo, insurrezioni, ecc..., abbiano subito un infortunio derivato dalla pratica di sport estremi, aerei, automobilistici, ecc... oppure abbiano fatto uso ed abuso di alcolici, psicofarmaci e stupefacenti.



Sindrome metabolica

Per **sindrome metabolica** si intende una condizione ad elevato rischio cardiovascolare, caratterizzata dalla presenza di un gruppo di fattori di rischio legati al sovrappeso e all'obesità, che aumentano cioè le probabilità di malattie cardiache ed altri problemi di salute come il diabete e l'ictus: i fattori di rischio sono comportamenti o condizioni che aumentano la probabilità di incorrere in una malattia.

Per attivare la copertura, l'iscritto deve compilare un questionario inserendo tutti i dati e i fattori di rischio richiesti. Unisalute entro 2 giorni fornirà all'iscritto indicazioni su **comportamenti e stili di vita** da adottare per prevenire e scongiurare l'insorgenza di patologie gravi

Tariffe convenzionate

Qualora una prestazione sanitaria non sia in copertura (perché non prevista dal Piano sanitario o per esaurimento del massimale) è possibile richiedere ad Unisalute la possibilità di godere di tariffe agevolate presso le strutture sanitarie in convenzione

Servizi di consulenza e assistenza

La Centrale Operativa (consultabile telefonando al numero verde 800-009618, dall'estero 00800-39009619 o in alternativa 0039-514185618 dal lun. al ven. dalle ore 8:30 alle ore 19:30) fornisce i seguenti servizi di consulenza:

- Strutture sanitarie pubbliche e private
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria
- Assistenza diretta e indiretta
- Prenotazione prestazioni sanitarie
- Trasporto Sanitario
- Assistenza e pareri medici

1.6 CONTRIBUTI ANNUI

Per l'estensione della copertura «Piano sanitario – Sezione A» al nucleo familiare o ai pensionati non iscritti, nel rispetto del termine previsto, è necessario versare un contributo annuale pari a:

€ 80,00 per PENSIONATI NON ISCRITTI

€ 43,00 per UN FAMILIARE

€ 60,00 per DUE FAMILIARI



PIANO SANITARIO – SEZIONE B

2.1 LE PERSONE PER CUI E' OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è operante in favore di tutti gli associati e pensionati in attività iscritti alla CASSA GEOMETRI e al Piano Sanitario – Garanzia A

La copertura può essere estesa, con il versamento del relativo contributo a carico dell'associato, al nucleo familiare dell'iscritto, intendendosi per tale il coniuge, il convivente e i figli - conviventi e non (ad esempio studenti fuori sede) con il limite di età dei 35 anni compiuti.

Al compimento del 36° anno di età il rinnovo del Piano Sanitario decade automaticamente (ad eccezione del figlio inabile). Allo stesso modo, decade dalla copertura il pensionato non più iscritto alla cassa (rimarrà in copertura sino a scadenza annua).

2.2 LE PRESTAZIONI IN COPERTURA

Trattandosi di un Piano Sanitario Integrativo, sono da considerarsi oggetto di copertura tutte quelle prestazioni non ricomprese nel Piano Sanitario – Garanzia A. Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e infortunio per le seguenti prestazioni:

- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA**
- **DAY HOSPITAL**
- **INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE**
- **PARTO E ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO**
- **PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E DOMICILIARI**
- **PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI** (copertura operante per il nucleo familiare; per gli iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità questa garanzia è operante per quanto non previsto dal Piano Sanitario – sezione A)
- **PROTESI DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO**
- **CURE DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO**
- **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI** (copertura operante per il nucleo familiare; per gli iscritti in forma collettiva e i pensionati in continuità questa garanzia è operante per quanto non previsto dal Piano Sanitario – sezione A)

2.3 LIMITE DI SPESA ANNUO

Il limite di spesa annuo per l'insieme di tutte le prestazioni ricomprese nel Piano Sanitario – Sezione B ammonta ad **€ 260.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare, il che significa che, raggiunto questo limite, non è più possibile richiedere ulteriori prestazioni

2.4 ANALISI DELLE SINGOLE PRESTAZIONI

Ricovero in istituto di cura (a prescindere che sia per grande o piccolo intervento chirurgico o per altra casistica)

Per RICOVERO si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento in Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Qualora l'iscritto venga ricoverato per effettuare qualunque cura medica o chirurgica può godere dei seguenti servizi:

Pre-ricovero

Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (comprese le prestazioni biotiche, terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni effettuate **nei 90 giorni precedenti il ricovero** (purché inerenti la malattia o l'infortunio che ha determinato il ricovero)

Intervento

Onorari del chirurgo, dell'**assistente**, dell'**anestesista** e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; **sala operatoria e materiali di intervento**

Ass. medica,
medicinali,
cure

Assistenza medica ed infermieristica, **cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi**, medicinali ed esami relativi al **periodo di ricovero**

Retta di
degenza

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con Unisalute, le **spese** sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300,00 al giorno più il 50%** dell'eccedenza (tale limite non opera per le degenze in reparti di terapia intensiva/semintensiva)



Accompagnatore

Retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore in istituto di cura o in struttura ospedaliera. La copertura è operante fino al limite di € 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni

Ass. infermieristica

Assistenza infermieristica individuale nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero

Post-ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, terapie radianti e non e tutte le prestazioni effettuate **nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero** (purchè inerenti la malattia o l'infortunio che ha determinato il ricovero)

Trasporto sanitario

Sono rimborsate le spese per il **trasporto dell'iscritto e dell'accompagnatore** allo e dall'istituto di cura e quelle da un istituto di cura all'altro per un limite di € 2.000,00 per anno associativo e nucleo familiare (in caso di ricovero in uno degli Stati dell'UE) o di € 4.000,00 (in caso di ricovero nel resto del mondo)

2.5 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI CONVENZIONATI le spese delle prestazioni richieste vengono liquidate direttamente da Unisalute, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto

IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI NON CONVENZIONATI le prestazioni vengono rimborsate nella misura dell'85% con il minimo non indennizzabile di € 300,00 ed un massimo non indennizzabile di € 1.750,00

IN CASO DI UTILIZZO DEL SSN O DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL SSN tutti i ticket e le spese per il trattamento alberghiero saranno rimborsate da Unisalute



DAY HOSPITAL

Nel caso di **day hospital con intervento chirurgico**, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte in «Ricovero in istituto di cura» e «Trasporto sanitario per ricovero con intervento chirurgico»

Nel caso di **day hospital senza intervento chirurgico** superiore a 3 giorni, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte in «Ricovero in istituto di cura»

Nel caso di **day hospital senza intervento chirurgico** inferiore a 3 giorni, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte in «Prestazioni extraospedaliere e domiciliari»

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste in «Ricovero in istituto di cura» (Pre ricovero; Intervento chirurgico; Assistenza medica, Medicinali e cure; Post ricovero)

PARTO E ABORTO TERAPEUTICO/SPONTANEO

In caso di **parto cesareo**, il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste in «Ricovero in istituto di cura» (Intervento chirurgico; Assistenza medica, medicinali e cure; rette di degenza; Post ricovero)

In caso di **parto non cesareo e aborto terapeutico/spontaneo effettuato in strutture convenzionate**, il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste in «Ricovero in istituto di cura» (Intervento chirurgico; Assistenza medica, Medicinali e cure; Rette di degenza; Post ricovero solo 2 visite di controllo nel periodo successivo al parto).

Il limite di spesa è di **€ 3.000,00** per anno associativo e nucleo familiare.



INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso a Unisalute né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, potrà richiedere un'indennità sostitutiva di **€ 155,00** per ogni giorno di ricovero e per un periodo non superiore a **100 giorno per ricovero**.

La medesima indennità potrà essere corrisposta anche in caso di day hospital con o senza intervento chirurgico superiore a 3 giorni.

Non avrò diritto a tale indennità l'iscritto che l'abbia già richiesta in base al Piano Sanitario – Sezione A.

CURE PER IL NEONATO NEL PRIMO ANNO DI VITA

Il Piano Sanitario rimborsa le spese sostenute nel primo mese di vita del neonato. Rientrano in copertura le spese, sostenute durante il periodo di ricovero post-parto, per degenza, cure, accertamenti diagnostici (anche a scopo preventivo) per il neonato. La copertura è operante a condizione che il neonato venga inserito nel Piano Sanitario entro il 30° giorno dalla nascita con pagamento del relativo contributo.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E DOMICILIARI

Il limite di spesa annuo a disposizione è di **€ 5.000,00** per nucleo familiare. Le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici, invece, di **€ 2.500,00** per nucleo familiare

PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (copertura operante per il nucleo familiare e per le sole prestazioni non ricomprese nel Piano Sanitario – Sezione A per l’iscritto e il pensionato in continuità)

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle seguenti spese di alta specializzazione:

| | |
|---|---|
| <p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Amniocentesi – Angiografia – Arteriografia – Artroscopia – Broncografia – Broncoscopia – Cateterismo cardiacaco | <ul style="list-style-type: none"> – Holter cardiaco – Holter pressorio – Isterosalpingografia – Linfografia – Mammografia – Moc – OCT oculare – Risonanza Magnetica Nucleare |
| <ul style="list-style-type: none"> – Cisternografia – Cistoscopia – Clisma opaco – Colangiografia – Colangiografia percutanea (PTC) – Coronarografia – Colonscopia – Crioterapia – Discografia – Ecocolordoppler – Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) | <ul style="list-style-type: none"> – Rx esofago, Rx esofago con mezza di contrasto, Rx tubo digerente – Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto – Rx tenue e colon con mezzo di contrasto – Scintigrafia – Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) – Tomografia a Emissione di Positroni (PET) – Urografia |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Ecografia transrettale – Ecografica transvaginale – Ecografia mammaria – Ecotomografia – Elettrocardiografia – Elettroencefalografia – Elettromiografia – Elettroscopia – Endoscopia – Fistelografia – Flebografia – Fluorangiografia | <ul style="list-style-type: none"> – Vesciculodeferentografia – Villocentesi <p>Trattamenti radiochemioterapici, dialitici e laserterapici:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Chemioterapia – Dialisi – Laserterapia a scopo fisioterapico – Radioterapia |
|--|---|



VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per **visite specialistiche e accertamenti diagnostici** (con esclusione delle visite pediatriche, visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici, esami di laboratorio)

E' previsto il **rimborso delle infiltrazioni** (compreso il costo del farmaco), delle **visite omeopatiche** e dell'**agopuntura** a condizione che vengano effettuate da medico chirurgo specialista.

Relativamente alla visite specialistiche, i documenti di spesa devono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare in linea con la patologia denunciata.

Il limite di spesa è di **€ 2.500,00 per nucleo familiare**.

IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE : le prestazioni erogate vengono liquidate da Unisalute direttamente alla struttura convenzionata, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 20,00 per visita specialistica, accertamento diagnostico o ciclo di terapia. L'iscritto, oltre al pagamento della franchigia, dovrà presentare la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia presunta o accertata.

IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE : le spese vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni visita specialistica, accertamento diagnostico o ciclo di terapia: Per ottenere il rimborso, è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia presunta o accertata.

IN CASO DI UTILIZZO DEL SSN O DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL SSN : le spese dei ticket vengono interamente rimborsate da Unisalute. Per ottenere il rimborso, è necessario che l'iscritto allegghi alla fattura la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia presunta o accertata.



PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (copertura operante per il nucleo familiare e per le sole prestazioni non ricomprese nel Piano Sanitario – sezione A per l'iscritto e il pensionato in continuit )

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese di seguito indicate ed effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Le prestazioni sono previste per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorch  non ancora conclamati, ma ritenute opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarit . In caso di utilizzo di strutture non convenzionate, Unisalute rimborsa al massimo **€ 250,00** all'anno.

PACCHETTO PREVENZIONE 1

prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta all'anno

- prelievo venoso
- ALT
- AST
- gamma GT
- glicemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- emocromo
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- VES
- quadro elettroforetico, esame urine.

PACCHETTO PREVENZIONE 2

prestazioni previste per gli uomini una volta all'anno

- elettrocardiogramma da sforzo

PACCHETTO PREVENZIONE 3

prestazioni previste per le donne una volta all'anno

- ecodoppler arti inferiori

prestazioni previste per le donne dal 30° anno di età ogni tre anni

- HPV test ogni tre anni e PAP TEST se HPV positivo.

prestazioni previste per gli uomini oltre i 50 anni di età una volta all'anno

- PSA (specifico antigene prostatico)
- PSA free

PACCHETTO PREVENZIONE 4

prestazioni previste per le donne oltre i 50 anni di età una volta ogni due anni:

- mammografia: per la sola mammografia è richiesta una prescrizione medica (con indicazione di screening, check up o controllo) da consegnarsi alla struttura sanitaria convenzionata in base al decreto attuativo legge 187/2000)
- ecografia mammaria



PROTESI DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Piano Sanitario rimborsa all'iscritto le spese sostenute e documentate per la **fornitura di protesi dentarie** rese necessarie da infortunio, in presenza di certificato del Pronto Soccorso. La copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale con il limite di **€ 400,00** per ogni elemento di protesi dentaria. Il limite di spesa annuale per nucleo familiare è di **€ 3.000,00**.

CURE DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Piano Sanitario rimborsa all'iscritto le spese sostenute e documentate per le cure dentarie rese necessarie da infortunio, in presenza di certificato del Pronto Soccorso. La copertura è operante esclusivamente in forma rimborsuale e le spese verranno rimborsate integralmente. Il limite di spesa annuale per nucleo familiare è di **€ 2.000,00**.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (copertura operante per il nucleo familiare e per le sole prestazioni non ricomprese nel Piano Sanitario – sezione A per l'iscritto e il pensionato in continuità)

Il Piano Sanitario provvede al pagamento di una **visita specialistica** e di una **seduta di igiene orale** l'anno presso strutture sanitarie convenzionate

POLIAMBULATORIO PRIVATO
DAY SURGERY



CENTRO MEDICO PRIVATO
**LAZZARO
SPALLANZANI**

REGGIO EMILIA
DIRETTORE SANITARIO
DOTT. PAOLO SPALLANZANI
SPECIALISTA IN OCULISTICA

2.6 PERIODO DI CARENZA

Il Piano Sanitario non è operante per le spese sostenute a fronte di esami ed accertamenti effettuati per fronteggiare stati patologici diagnosticati anteriormente alla data di prima adesione o nel periodo di carenza.

L'operatività del Piano decorre trascorsi **200 giorni** dall'adesione. Il periodo di carenza non è previsto in caso di infortunio, parto, aborto terapeutico e qualsivoglia malattia dipendente dalla gravidanza.

2.7 CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate corrispondono ai seguenti importi:

- a) ISCRITTO/PENSIONATO € **372,00**
- b) ISCRITTO PIU' UN FAMILIARE € **570,00**
- c) ISCRITTO PIU' DUE FAMILIARI € **630,00**
- d) ISCRITTO PIU' TRE FAMILIARI € **660,00**



PIANO SANITARIO – SEZIONE C

3.1 LE PERSONE PER CUI E' OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è operante in favore dei **membri del nucleo familiare** iscritti al **Piano Sanitario – Garanzia A**, di età compresa **tra i 18 e i 65 anni**, che versino in stato di non autosufficienza. E' considerato in stato di non autosufficienza l'iscritto che, a causa di una malattia, infortunio o perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale da aver bisogno, nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, di un'altra persona a sostegno e a supporto. Viene, altresì, riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto affetto da una patologia nevosa o mentale dovuta a causa organica che abbia determinato la perdita della capacità cognitive (ad esempio il morbo di Parkinson o Alzheimer)

3.2 LE PRESTAZIONI IN COPERTURA

Oggetto della copertura è l' **INDENNITA' DI NON AUTOSUFFICIENZA** a fronte della quale Unisalute garantisce:

- l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per mezzo di strutture o personale sanitario convenzionato nel limite di **€ 1.000,00 mensili** e per una durata massima di **60 mesi** (periodo raddoppiato in caso di figli minori e triplicato in caso di figli inabili)
- la corresponsione di un indennizzo forfettario erogato in forma mensile per l'importo di **€ 1.000.00 mensili** e per una durata massima di **60 mesi** (periodo raddoppiato in caso di figli minori e triplicato in caso di figli inabili)

La scelta tra le suddette opzioni è alternativa e deve essere effettuata dall'iscritto al momento della denuncia del sinistro. Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del medico curante o del Medico ospedaliero che attesti lo stato di non autosufficienza dell'iscritto, la data della sua sopravvenienza e l'origine. Unisalute nei 20/60 giorni successivi potrà effettuare i doverosi controlli (anche tramite medico di fiducia) e al massimo entro 90 giorni dare riscontro.



Sono **esclusi** da questa copertura tutti gli iscritti che, al momento dell'adesione al Piano Sanitario, risultino già affetti da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica (morbo di Parkinson o di Alzheimer) oppure tutti gli iscritti che dolosamente abbiano cagionato uno stato di non autosufficienza, abbiano partecipato attivamente a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, terrorismo, insurrezioni, ecc..., abbiano subito un infortunio derivato dalla pratica di sport estremi, aerei, automobilistici, ecc... oppure abbiano fatto uso ed abuso di alcolici, psicofarmaci e stupefacenti.

In tal caso, Unisalute non riconosce le prestazioni previste ma restituisce l'importo pari al rateo del premio non goduto.

3.3 I CONTRIBUTI ANNUI

Il contributo individuale e annuale operante per i soli familiari degli iscritti alla CASSA GEOMETRI è di **€ 152,00**



GESTIONE DELLA COPERTURA SANITARIA

4.1 ACCESSO AL PIANO SANITARIO

Per prenotare le prestazioni sanitarie previste dal Piano Sanitario, l'assistito può:

a. telefonare alla centrale operativa del Fondo

Numero verde 800-009618 - attivo dalle 8.30 alle 19.30 dal lunedì al venerdì

b. collegarsi all'Area Riservata del sito www.unisalute.it

c. scaricare l'app di Unisalute

b. Per collegandosi all'Area Riservata del portale Unisalute, occorre inserire le credenziali fornite dal sistema in sede di registrazione oppure procedere con la registrazione

Benvenuto in UniSalute

ACCEDI

Ti serve aiuto per accedere?

Se non sei ancora registrato [registrati](#)



4.2 REGISTRAZIONE:

Se non sei un utente registrato, è importante:

a. cliccare sull'icona «registrati»

Benvenuto in UniSalute

Username

Password

ACCEDI

Ti serve aiuto per accedere?

Se non sei ancora registrato [registrati](#)

b. selezionare il campo Persone e cliccare sul pulsante «registrati»

Registrazione

Seleziona il tuo profilo e procedi con la registrazione. Puoi accedere direttamente a tutti i servizi a te dedicati nella tua area riservata.

Persone

Benvenuto nella sezione dedicata alla registrazione degli assicurati. Registrati e provvederemo quanto prima ad inviarti via e-mail le chiavi di accesso per la tua Area Personale.

REGISTRATI

Intermediari, medici e case di cura

Agenti
 Banche
 Broker
 Fondi, Casse e Mutue
 Case di Cura e Poliambulatori
 Medici e Psicologi

REGISTRATI

Odontoiatri

Accedi al portale per gli odontoiatri

REGISTRATI

c. compilare i dati richiesti per il perfezionamento della registrazione. Verranno inviate via email o SMS le credenziali per accedere al sito www.unisalute.it

Registrazione Persone

Inserisci i tuoi dati

La registrazione è riservata agli assicurati UniSalute. Inserendo i tuoi dati, potrai fruire dei servizi del sito e della app, utilizzando le stesse credenziali. Se sei un curatore, un tutore o un amministratore di sostegno di una persona non in grado di esercitare i propri diritti, prima di procedere con la registrazione, compila e invia [questo modulo](#).

Nome:

Cognome:

Data di nascita: (gg/mm/aaaa)

Codice fiscale:

Cellulare:

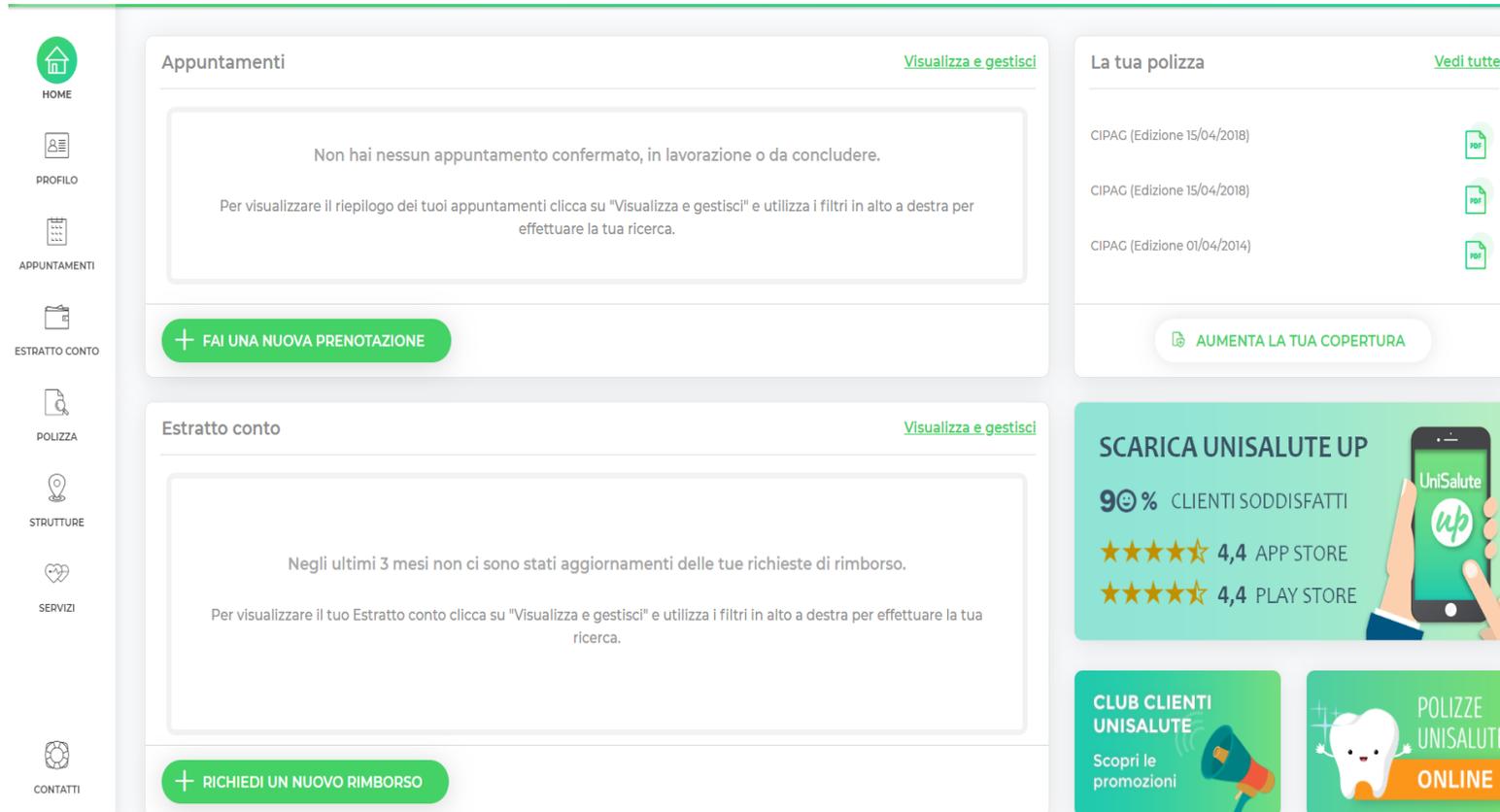
E-Mail:

Conferma E-Mail:

Domanda Segreta:

Risposta Segreta:

d. Inserite le credenziali, è possibile accedere alla propria area riservata e a tutte le funzionalità prevista nella home page



HOME

PROFILO

APPUNTAMENTI

ESTRATTO CONTO

POLIZZA

STRUTTURE

SERVIZI

CONTATTI

Appuntamenti [Visualizza e gestisci](#)

Non hai nessun appuntamento confermato, in lavorazione o da concludere.

Per visualizzare il riepilogo dei tuoi appuntamenti clicca su "Visualizza e gestisci" e utilizza i filtri in alto a destra per effettuare la tua ricerca.

+ FAI UNA NUOVA PRENOTAZIONE

La tua polizza [Vedi tutte](#)

CIPAG (Edizione 15/04/2018)

CIPAG (Edizione 15/04/2018)

CIPAG (Edizione 01/04/2014)

AUMENTA LA TUA COPERTURA

ESTRATTO CONTO [Visualizza e gestisci](#)

Negli ultimi 3 mesi non ci sono stati aggiornamenti delle tue richieste di rimborso.

Per visualizzare il tuo Estratto conto clicca su "Visualizza e gestisci" e utilizza i filtri in alto a destra per effettuare la tua ricerca.

+ RICHIEDI UN NUOVO RIMBORSO

SCARICA UNISALUTE UP

90% CLIENTI SODDISFATTI

★★★★★ 4,4 APP STORE

★★★★★ 4,4 PLAY STORE

CLUB CLIENTI UNISALUTE

Scopri le promozioni

POLIZZE UNISALUTE ONLINE

Le **principali funzionalità** che UniSalute mette a disposizione degli assicurati UniSalute sono le seguenti:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate visite ed esami non connessi ad un ricovero e ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;
- **verificare e aggiornare** i propri dati e le proprie 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.**

4.3 HOME PAGE



PROFILO

Anagrafica assistito



APPUNTAMENTI

Richiesta e Riepilogo
prenotazioni/appuntamenti



ESTRATTO CONTO

Richiesta e Riepilogo rimborsi



POLIZZA

Dettagli Piano Sanitario



STRUTTURE

Elenco strutture sanitarie
Convenzionate



SERVIZI

Richiesta parere medico



CONTATTI

Contatti

4.4 PRENOTAZIONI



Con la funzione «Prenotazione» online l'Assicurato può prenotare direttamente la prestazione (con esclusione dell'Area Ricovero dove è necessario contattare preventivamente la Centrale Operativa)



Richiesta e Riepilogo prenotazioni/appuntamenti

+ NUOVA PRENOTAZIONE

Scegli nome assicurato



VISITE, ESAMI ED
ACCERTAMENTI



ESAMI DEL SANGUE



PREVENZIONE
ODONTOIATRICA



PACCHETTI PREVENZIONE



RICOVERI E POST
RICOVERI



CURE ODONTOIATRICHE



FISIOTERAPIA



VISITE, ESAMI ED
ACCERTAMENTI

Scegli la prestazione

Q | *Scrivi il nome della prestazione e selezionalo*

✓ La prestazione è collegata ad un ricovero o intervento chirurgico?

- No
- Sì, è preparatoria ad un ricovero o intervento



RICOVERI E POST
RICOVERI

Per richiedere questa prestazione, ti invitiamo a contattare il call center.



ESAMI DEL SANGUE



PREVENZIONE
ODONTOIATRICA

Visita odonto/ablaz.tart.



CURE ODONTOIATRICHE

Per richiedere questa prestazione, ti invitiamo a contattare il call center.



PACCHETTI PREVENZIONE

Prest diagn particolari



FISIOTERAPIA

Q | *Scrivi la prestazione fisioterapica e selezionala*



Esempio: prenotazione pacchetto prevenzione in copertura

1 Cliccare sull'icona Pacchetto Prevenzione e procedere con la scelta del pacchetto



Prest diagn particolari

- creatinina
- visita specialistica oculistica con eventuale fundus (fondo) occhi (oculare)
- ggt (gamma gt) - gamma glutamil transpeptidasi
- colesterolo totale
- elettrocardiogramma
- urea/azotemia (s)
- tempo di protrombina/pt (tempo di quick)
- ves - velocita' di sedimentazione delle emazie
- esame urine completo (chimico-fisico-microscopico)
- feci: ricerca del sangue occulto
- colesterolo hdl
- ast (got) - aspartato aminotransferasi
- glicemia/glucosio (s)
- trigliceridi
- ptt (tempo di tromboplastina parziale)
- proteine (elettroforesi delle) (s)
- esame emocromocitometrico e morfologico completo (con formula leucocitaria e conteggio piastrine)
- visita specialistica di otorinolaringoiatria (otorinolaringoiatrica) (orl)
- esame audiometrico tonale e/o vocale
- alanina aminotransferasi (alt/gpt) /transaminasi (s)



2 Indicare se è stato preso oppure no un appuntamento

Per la prestazione richiesta, hai già preso l'appuntamento con la struttura sanitaria?

NO SI



E' possibile fissare un appuntamento o direttamente con la struttura sanitaria (comunicandolo a posteriori ad Unisalute) o richiedere ad Unisalute la prenotazione (indicando le varie sponibilità)

3 Ricercare la struttura sanitaria convenzionata

Ricerca per nome struttura

Q centro medico privato |

CENTRO MEDICO PRIVATO LAZZARO SPALLANZANI SRL
via fratelli cervi 75/b, n. 75/b -42124- reggio nell'emilia loc. reggio emilia (re)

4 Selezionare la data d'appuntamento o le disponibilità

Indica il giorno del tuo appuntamento

| Seleziona gli orari di tua preferenza in abbinato al giorno | | Ricerca la struttura di competenza | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A richiesta della UNI/USI potrai essere riammesso alcuni giorni per verificare la disponibilità. Per modificare con l'appuntamento della struttura, per poter soddisfare le tue esigenze, segnalare il numero più ampio possibile di giorni ed orari, accendendo le caselle corrispondenti. | | per leggere di dettaglio le prestazioni autorizzate | | | | |
| Seleziona dal 20/06/2015 al 04/07/2015 | | | | | | |
| | | 20/06 | 21/06 | 22/06 | 23/06 | 24/06 |
| Data la mattina | | | | | | |
| prima delle 9:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09:00-10:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10:00-11:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11:00-12:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12:00-13:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Data il pomeriggio | | | | | | |
| 13:00-14:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14:00-15:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15:00-16:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16:00-17:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17:00-18:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altre le 24:00 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Se è stato già fissato un app.to, verrà richiesto di inserire la data; se non è stato fissato l'app.to, verrà richiesto di inserire le disponibilità

5 Attendere di ricevere l'autorizzazione

L'assicurato riceve via email o sms l'autorizzazione con indicazione delle prestazioni autorizzate e delle eventuali somme a carico

4.5 RIMBORSI – ESTRATTO CONTO

Con la funzione «Rimborsi» online l'Assicurato può caricare una nuova richiesta di rimborso oppure consultare, in qualunque momento, lo stato di lavorazione delle pratiche di rimborso caricate



ESTRATTO CONTO

Richiesta e Riepilogo rimborsi

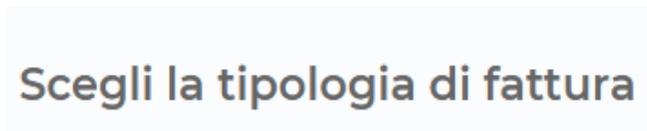
1



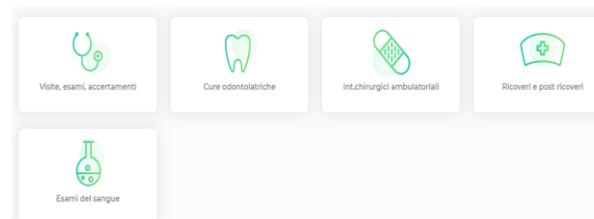
2



3



4



5

Inserisci dati fattura

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data fattura <input type="text" value="Inserisci data"/> | Numero fattura <input type="text" value="inserisci numero della fattura"/> | Bollo <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No | Totale fattura <input type="text" value="inserisci importo totale della fattura"/> |
| Ragione Sociale fornitore <input type="text" value="inserisci ragione sociale del fornitore"/> | Codice fiscale fornitore <input type="text" value="inserisci codice fiscale o Partita IVA"/> | Numero prestazioni in fattura <input type="text" value="0"/> | |



4.6 STRUTTURE CONVENZIONATE



Elenco strutture sanitarie Convenzionate

UniSalute ha selezionato per tutti i propri clienti un **network qualificato di strutture sanitarie** convenzionate direttamente tra cui Case di Cura, Ospedali, Poliambulatori, Centri diagnostici e odontoiatrici, Centri fisioterapici, Studi di Psicoterapia, etc.

Ogni struttura garantisce professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità, in grado di **offrire un servizio di alto profilo e di assoluta qualità**, sia per quanto riguarda le prestazioni di routine, sia per le esigenze di alta specializzazione sanitaria.

E' opportuno ricordare che qualche struttura sanitaria potrebbe essere convenzionata solo per alcune prestazioni, oppure che non tutti i medici all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con UniSalute.

Ti invitiamo quindi ad **utilizzare il servizio di prenotazione online per le visite, gli esami e i trattamenti** di fisioterapia: potrai conoscere la struttura sanitaria più adatta alle tue esigenze e vicina a te.

[Vai alle strutture sanitarie](#)

STRUTTURE SANITARIE
CONVENZIONATE

STRUTTURE SANITARIE
CONVENZIONATE

Seleziona una provincia



Scegli Strutture



REGGIO EMILIA



CASA DI CURA / DAY-SURGERY / OI



CASA DI CURA / DAY-SURGERY / ONE NIGHT DAY SURGERY / OSPEDALE

AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA
VIALE RISORGIMENTO, 80 -
REGGIO NELL'EMILIA
[Si Prevenzione.](#)

CENTRO MEDICO PRIVATO
LAZZARO SPALLANZANI SRL
VIA FRATELLI CERVI 75/B, 75/B -
REGGIO NELL'EMILIA
[Si Prevenzione.](#)

SALUS HOSPITAL S.R.L.
VIA ULDERICO LEVI, 7 - REGGIO
NELL'EMILIA
[Si Prevenzione.](#)

VILLA VERDE S.R.L.
VIALE LELIO BASSO, 1 - REGGIO
NELL'EMILIA
[Si Prevenzione.](#)



Richiesta prenotazione Collegio dei Geometri Reggio Emilia

Compili il modulo per prenotare la prestazione e la ricontatteremo per confermarle
l'appuntamento.

Nome *

Cognome *

Telefono *

Email *

POLIAMBULATORIO PRIVATO
DAY SURGERY



CENTRO MEDICO PRIVATO
**LAZZARO
SPALLANZANI**

REGGIO EMILIA

DIRETTORE SANITARIO
DOTT. PAOLO SPALLANZANI
SPECIALISTA IN OCULISTICA