



Guida al Piano sanitario F.A.S.I.V.

Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Vigilanza Privata

Per tutte le prestazioni previste dal Piano sanitario
diverse dal Ricovero consulta

www.unisalute.it

Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero è
OPPORTUNO contattare preventivamente il

Numero Verde
800-885785

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051-6389046

orari:

8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

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. 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 Fasiv

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il contratto, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. Il contratto resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Le prestazioni del piano sono garantite da:



1. Sommario

2.	PRESENTAZIONE	4
3.	INTRODUZIONE	4
4.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	5
5.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
5.1.	Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv	5
5.2.	Prestazioni in strutture non convenzionate	6
5.3.	Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale	7
6.	SERVIZI ONLINE E MOBILE.....	7
6.1.	Come faccio a registrarvi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	8
6.2.	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv	8
6.3.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	9
6.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	9
6.5.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv?	10
6.6.	Come posso ottenere pareri medici?	10
6.7.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	10
7.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	13
7.1	Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital chirurgico/day surgery	13
7.2	Trasporto sanitario (valido esclusivamente per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato A)	16
7.3	Intervento chirurgico ambulatoriale	16
7.4	Neonati – figli di Iscritti	16
7.5	Indennità sostitutiva per ricovero per intervento chirurgico	16
7.6	Massimale dell' area ricovero	17
7.7	Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale	17
7.8	Visite specialistiche	20
7.9	Cure dentarie da infortunio	21
7.10	Prestazioni di implantologia	21
7.11	Prestazioni odontoiatriche particolari	22
7.12	Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia	23
7.13	Prestazioni diagnostiche particolari	24
7.14	Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute	25
7.15	Inabilità per gravi eventi morbosi	25
7.16	Servizi di consulenza	26
8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	26
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	28
9.1	Estensione territoriale	28
9.2	Limiti di età	28
9.3	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	28
	ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI	29
	ALLEGATO B - ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI.....	33

2. Presentazione

Con questa guida intendiamo offrirti un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano sanitario.

All'interno troverai quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora si debba utilizzare una delle prestazioni previste dal Piano sanitario.

Ti preghiamo di attenerti scrupolosamente a queste modalità, così da poterti assistere con sollecitudine.

3. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano sanitario del Fondo Fasiv, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano. Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Fasiv ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Fasiv, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, si avvale della rete di accordi sviluppata da Unisalute con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire, nella maggior parte dei casi, le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti alle singole coperture.

Tale meccanismo è in grado di garantire ulteriormente forti sconti e agevolazioni agli Iscritti, anche per le prestazioni che non siano coperte dal Piano sanitario del Fondo Fasiv.

4. Le persone per cui è operante la copertura

La copertura è prestata a favore dei lavoratori dipendenti assunti a tempo indeterminato o apprendisti, ai quali si applica il CCNL per i dipendenti degli Istituti di Vigilanza Privata, o a contratti di settori affini, con esplicite previsioni in materia di assistenza sanitaria integrativa, iscritti al Fondo Fasiv.

5. Come utilizzare le prestazioni del Piano sanitario

5.1. Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv

UniSalute ha predisposto per gli Iscritti al Fondo Fasiv un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

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

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

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

Prenotazione veloce

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

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

Il Fondo Fasiv 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 dal Piano sanitario.

Importante

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

5.2. Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'iscritto la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate.

Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'iscritto deve inviare direttamente a Fondo Fasiv presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere), la documentazione necessaria di seguito indicata.

- Il **modulo di richiesta** rimborso debitamente compilato in ogni sua parte, scaricabile direttamente dal sito www.fasiv.it;
- Copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale in caso di **ricovero con intervento chirurgico**. Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesse, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- La prescrizione medica in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante in caso di **prestazioni extraricovero**;
- Eventuale altra documentazione richiesta alle singole coperture;
- **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento.

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della della documentazione prodotta in copia, il Fondo Fasiv avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Iscritto stesso avrà fornito.

L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dal Fondo e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il Fondo provvederà a rimborsare l'Iscritto direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

5.3. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Iscritto **intenda richiedere l'indennità sostitutiva giornaliera** (descritta più avanti), può inviare la documentazione per i rimborsi a **Fondo Fasiv presso UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite corriere).**

6. Servizi online e mobile

6.1. Il sito di UniSalute

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno. Sul sito **www.unisalute.it** all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv visite ed esami non connessi ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;**
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie;**
- 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 il Fondo Fasiv;
- ottenere **pareri medici**.

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

È semplicissimo. Basta accedere all’apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute.

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

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione “Registrati” 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.

6.1.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv

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

Entra nell’area clienti e accedi alla **funzione “Prenotazione”**. In base alle tue esigenze puoi:

- prenotare direttamente la prestazione compilando l’apposito form;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.

Prenotazione veloce

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

6.1.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti 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**.

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

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

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

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

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

6.1.5 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi 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 il Fondo Fasiv.

6.1.6 Come posso ottenere pareri medici?

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

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

6.2. L'app UniSalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

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

- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute.

6.2.1 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 Up” per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

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

UniSalute PER TE

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

6.2.2 Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv?

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

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

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

In tutti i casi viene verificato in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e vieni avvisato immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.

Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

6.2.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

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

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

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

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

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

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

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

Integra la documentazione mancante

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

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

7. Le prestazioni del Piano sanitario

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto dopo la data di effetto del Piano sanitario per le seguenti prestazioni:

- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL CHIRURGICO/DAY SURGERY, INTERVENTO CHIURURGICO AMBULATORIALE (INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO ALLEGATO A);**
- **DIAGNOSTICA DI IMMAGINE: RADIOLOGIA TRADIZIONALE;**
- **VISITE SPECIALISTICHE;**
- **CURE DENTARIE DA INFORTUNIO;**
- **PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA;**
- **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI;**
- **CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA;**
- **PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI;**
- **PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE;**
- **INABILITÀ PER GRAVI EVENTI MORBOSI (INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO ALLEGATO B);**
- **SERVIZI DI CONSULENZA.**

7.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital chirurgico/day surgery (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A)

Per interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A. Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'iscritto venga ricoverato per un'intervento chirurgico, può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 60 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
---------------------	---

<p>Intervento Chirurgico</p>	<p>Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.</p>
<p>Assistenza medica, medicinali, cure</p>	<p>Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.</p>
<p>Rette di degenza</p>	<p>Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.</p>
<p>Accompagnatore</p>	<p>Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.</p>
<p>Assistenza infermieristica privata individuale</p>	<p>Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.</p>
<p>Post-ricovero</p>	<p>Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi effettuati nei 60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato da Unisalute per il Fondo Fasiv.</p> <p>Sono compresi in copertura i medicinali (prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura), le prestazioni infermieristiche (qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura) e le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera). In questo caso la copertura è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.</p>

- **In caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, con l'applicazione di uno scoperto del **10%** a carico dell'Iscritto, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Post-ricovero" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 2.000,00**, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Post-ricovero" che prevedono specifici limiti.

Il rimborso avverrà nel limite di un plafond di **€ 8.000,00** per intervento.

Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Qualora venga effettuato in una **struttura convenzionata** da Unisalute per il Fondo Fasiv un grande intervento chirurgico da parte di **personale medico non convenzionato**, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (quindi nella misura dell'**80%** con l'applicazione del minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** e con un plafond di **€ 8.000,00** per intervento).

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

Nel caso di **ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta**, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto "**Indennità Sostitutiva**".

7.2 Trasporto sanitario (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A)

Per interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.500,00** per ricovero.

7.3 Intervento chirurgico ambulatoriale (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A)

Per interventi chirurgici ambulatoriali si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

Il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto "Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, day hospital chirurgico/day surgery (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A)" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

7.4 Neonati – figli di Iscritti

Il Fondo provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Iscritto per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del figlio neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 10.000,00**.

7.5 Indennità sostitutiva per ricovero per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato A)

Per interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo allegato A.

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero per i primi **30** giorni e di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero a partire dal **31°** giorno fino al **100°** giorno di ricovero. Come già detto, per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo

dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

7.6 Massimale dell'area ricovero

Il Piano sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 60.000,00** per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

7.7 Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologia apparato osteoarticolare (rientrano gli rx colonna vertebrale)
- Mammografia bilaterale
- Ortopanoramica
- Rx di organo apparato
- Rx Endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Stratigrafia

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Angiografia
- Clismo opaco e/a doppio contrasto
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Urografia
- Qualsiasi esame contrastografico dell'apparato digerente

Diagnostica per immagini

Ecografie

- Ecografia mammaria
- Eco addome superiore e inferiore
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale

- Ecografia prostatica anche transrettale

Ecocolordopplergrafia

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Ecocolordoppler tiroide

Alta diagnostica per immagini

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato alta definizione
- T.c. con e senza mezzo di contrasto
- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo-distretto-apparato
- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale e specialistica

- Elettromiografia
- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettroencefalogramma
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Ph metria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Ecografia endovascolare
- Esame urodinamico
- Fluorangiografia oculare

Biopsie

- Biopsia tc guidata
- Biopsia muscolare

- Biopsia prostatica
- Mapping vescicale

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo Fasiv garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica e dell'eventuale costo operativo, nei limiti del massimale previsto.

Le endoscopie operative si intendono erogate nel limite di un sottomassimale rispetto a quello della "Diagnostica di immagine: radiologia tradizionale" di € 2.000,00 per anno associativo e per iscritto.

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

• In caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv ed effettuate da medici convenzionati

Le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Isritto 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. L'Isritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 55,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto allegghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 8.000,00 per l'Iscritto, per le endoscopie operative è previsto un
sottomassimale di € 2.000,00 per l'Iscritto.**

7.8 Visite specialistiche

Il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia e successivamente un ciclo di psicoterapia, da parte di soggetti abilitati secondo legge vigente, di un massimo di **6** sedute.

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.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da Unisalute per il Fondo Fasiv.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 20,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 1.000,00 per l'Iscritto.**

7.9 Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto al paragrafo “Casi di non operatività del Piano, il Fondo Fasiv liquida all’Iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, con le modalità sottoindicate.

- **In caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell’**80%** con l’applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per ogni fattura.

Per ottenere il rimborso è necessario che l’Iscritto alleggi alla copia della fattura la seguente documentazione:

- 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.

Nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo.

**La disponibilità annua per la presente copertura
è di € 1.000,00 per Iscritto.**

7.10 Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al capitolo “Casi di non operatività del Piano”, il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle prestazioni di implantologia dentale.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel 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 all’impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, un'ortopanoramica prima e dopo l'applicazione dell'impianto/i.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da Unisalute per il Fondo Fasiv.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità per biennio associativo per la presente copertura è di € 1.800,00 per Iscritto.

Viene previsto un sottolimito per biennio associativo di € 1.000,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottolimito per biennio associativo pari a € 450,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nel medesimo biennio associativo, dopo l'applicazione di un impianto, si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimito di € 1.000,00 al netto di quanto autorizzato o liquidato.

7.11 Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano", il Fondo Fasiv prevede al pagamento di una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale **fruibile una volta all'anno in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorchè non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Seduta di igiene orale professionale (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.
- **Visita specialistica odontoiatrica**

Restano invece a carico dell'Iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni quali ad esempio la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc. Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con il Fondo, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno associativo, il Fondo per il tramite di Unisalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

7.12 Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del Piano", il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

In aggiunta a quanto previsto al punto "Prestazioni Odontoiatriche Particolari", rientrano in copertura eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

- **In caso di utilizzo di strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Fasiv per il tramite di Unisalute alle strutture stesse.

- **In caso di utilizzo di strutture non convenzionate**

Le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o minimo non indennizzabile. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la scheda anamnestica compilata dal medico curante (dentista). Nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 90,00 per Iscritto.

7.13 Prestazioni diagnostiche particolari

Il Fondo Fasiv provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate **una volta all'anno in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorchè 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
- elettrocardiogramma di base
- 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

Prestazione previste per le donne

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- elettrocardiogramma di base
- 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

Prestazione prevista per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno

- Ecografia prostatica

Prestazione prevista per le donne di età superiore a 40 anni una volta l'anno

- RX Mammografia bilaterale

7.14 Prestazioni a tariffe agevolate Unisalute

Qualora una delle prestazioni appartenenti a una delle coperture sopra indicate non sia attivabile nel Piano sanitario per esaurimento del limite di spesa annuo o prestazione inferiore al minimo non indennizzabile e rimanga a totale carico dell'Iscritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Iscritti nelle strutture convenzionate da Unisalute per il Fondo Fasiv con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

7.15 Inabilità per gravi eventi morbosi (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato B)

Per gravi eventi morbosi si intendono quelli elencati al successivo allegato B.

Il Fondo Fasiv corrisponderà un'indennità mensile a seguito di inabilità, anche non correlata a ricovero ospedaliero, in conseguenza di gravi eventi morbosi (come da elenco di cui all'allegato B) che comporti l'incapacità a svolgere la propria attività professionale. Per inabilità si intende la perdita, in misura totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.

L'indennità per ciascun mese di inabilità corrisponde a:

- per i dipendenti con contratto full-time ad **€ 1.000,00** per i primi **tre mesi** e ad **€ 700,00** dal **4°** al **6°** mese.
- Per i dipendenti con contratto part-time l'indennità per ciascun mese di inabilità corrisponde ad **€ 700,00** per i primi **tre mesi** e ad **€ 500,00** dal **4°** al **6°** mese.

La prestazione è erogata per un periodo massimo di sei mesi per evento. La garanzia viene prestata con una franchigia assoluta di sei mesi, pertanto il Fondo Fasiv liquida l'indennità a partire dal 7° mese successivo a quello di decorrenza della inabilità per terminare al 31/12 dello stesso anno.

7.16 Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-885785** 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 il Fondo Fasiv.

c) Pareri medici immediati

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.

8. Casi di non operatività del piano

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie sono coperte dal Piano sanitario.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario, salvo quanto previsto al punto "Neonati – figli di Iscritti";

2. La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. Le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
5. Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
6. I ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto 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'Isritto 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.

7. Gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
8. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni. Non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
9. Gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
10. Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
11. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
12. 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;
13. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
15. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Prestazioni odontoiatriche particolari", "Prestazioni di implantologia", "Cure odontoiatriche, terapie

conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia” e “Cure dentarie da infortunio” 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.

9. Alcuni chiarimenti importanti

9.1 Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

9.2 Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato per il singolo Iscritto fino a quando lo stesso permanga in rapporto di lavoro dipendente secondo il CCNL per i dipendenti da aziende degli Istituti di Vigilanza Privata.

9.3 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Fasiv

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Isritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

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

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc...) deve essere inviata in copia.

Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale. Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

Attenzione

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di due anni dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni. Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre i due anni non saranno rimborsati.

Allegato A - Elenco interventi chirurgici

Qualsiasi neoplasia maligna di organo o apparato. La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da **certificazione di importante sospetto diagnostico** supportato da idonea documentazione clinica (Citologia, Istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc.)

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale
- Intervento per ernie del disco lombo sacrali

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia Femorale
- Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Calazio
- Retina intervento per distacco
- Interventi chirurgici per glaucoma

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari
- Asportazione dei tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Intervento per enurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossicolare
- Corde vocali decorticazione o cordotomia in microlaringoscopia
- Turbinati inferiori svuotamento (come unico intervento)
- Interventi di poliposi nasale

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena
- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago

- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomia
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Colectomia qualsiasi tecnica
- Intervento per prolasso rettale

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale

- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Prostatectomia sottocapsulare
- Varicocele in microchirurgia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Miomectomia per via vaginale
- Interventi per endometriosi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

- Interventi sul ginocchio in artroscopia
- Meniscectomia in artroscopia
- Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
- Riparazione cuffia dei rotatori ed acromionoplastica spalla

CHIRURGIA MAXILLO –FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

Alegato B - Elenco gravi eventi morbosi

- a. Infarto miocardico acuto;
- b. Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - I. dispnea
 - II. edemi declivi
 - III. aritmia
 - IV. angina instabile
 - V. edema o stasi polmonare
 - VI. ipossiemia
- c. Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure;
- d. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - I. ulcere torbide
 - II. decubiti
 - III. neuropatie
 - IV. vasculopatie periferiche
 - V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e. Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato;
- f. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;
- g. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;

Sindacati



Associazioni datoriali





F.A.S.I.V.
Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Vigilanza Privata
Via Piemonte, 32 - 00187 Roma
tel. 06-42016755 – fax 06.42020545
info@fasiv.it – rimborsi@fasiv.it – amministrazione@fasiv.it - www.fasiv.it