

2024

Piano Sanitario per i **dipendenti** delle imprese artigiane del Trentino



Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

Sommario

03

INTRODUZIONE AL NUOVO PIANO

I destinatari del piano sanitario	03
Le prestazioni del piano	03

04

PRESTAZIONI GESTITE DA SIA3

A.1 Visite specialistiche e prestazioni di laboratorio	05
A.2 Diagnostica strumentale	06
A.3 Pacchetto maternità	07
A.4 Prevenzione odontoiatrica	09
A.5 Cure odontoiatriche generali	10
A.6 Implantologia	11
A.7 Pacchetto lenti correttive	12
A.8 Psicoterapia	14
A.9 Compartecipazione spese fisioterapiche	15
Gravi malattie	16
A.10 Prestazioni specialistiche per diagnosi/ percorso Terapeutico per gravi malattie	18
A.11 Prestazioni di riabilitazione e assistenza per gravi malattie	19
A.12 Neonati	20

22

PRESTAZIONI GESTITE DA UNISALUTE PER CONTO DI SIA3

Prosecuzione volontaria	22
B.1 Ricovero	23
B.2 Trasporto sanitario	25
B.3 Trapianti	25
B.4 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico	26
B.5 Neonati	26
Modalità di calcolo del rimborso per le prestazioni da B.1 a B.5	27
B.6 Ricovero per intervento chirurgico non compreso nell'elenco	28
B.7 Sindrome metabolica	29
B.8 Non autosufficienza	30
B.8.1 Erogazione di indennità sostitutiva	31
B.8.2 Prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria	31
B.8.3 Spese adeguamento domestico	31
B.9 Critical illness	32
B.10 Second opinion - Diagnosi comparativa	34
B.11 Fisioterapia conseguente ad infortunio o malattia	36
B.11.1 Noleggio di protesi/ausili medici ortopedici ed acustici	36
Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da B.1 a B.11	37

38

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI



I destinatari del Piano Sanitario

A CHI È DEDICATO IL SEGUENTE PIANO SANITARIO

Iscritto principale, lavoratori dipendenti delle Imprese Artigiane della provincia di Trento, per tutte le tipologie contrattuali ad eccezione dei contratti di lavoro a chiamata.

NORME GENERALI

Il Piano sanitario indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione, le disposizioni particolari e l'importo del rimborso. Le informazioni relative alla modalità di richiesta dei rimborsi sono riportate dettagliatamente nel Vademecum pubblicato sul sito www.sia3.it.



Le prestazioni del piano

Il Piano Sanitario SIA3 interviene su due tipologie di spese:

- **le spese ordinarie** (visite specialistiche, diagnostica, pacchetto maternità, cure odontoiatriche, lenti, psicoterapia): si tratta di **rimborsi gestiti direttamente da SIA3**
- **le prestazioni straordinarie**, collegate cioè ad eventi specifici (interventi chirurgici, gravi malattie, non autosufficienza): si tratta di **prestazioni gestite** - per conto di SIA3 - **dalla Compagnia Assicurativa UniSalute S.p.a.**



Prestazioni gestite da SIA3

Le spese sanitarie sostenute devono essere presentate **entro 60 giorni dalla data della fattura**, pena la non ammissibilità al rimborso.

Periodo di spesa	Quando chiedere il rimborso
Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2024	> Entro 60 giorni dalla data della fattura



Le spese sostenute dal 30 al 31 dicembre 2024 andranno presentate entro il 28 febbraio 2025.



A.1 Visite specialistiche e prestazioni di laboratorio

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- VISITA OCULISTICA
- VISITA OSTETRICA E GINECOLOGICA
- VISITA DERMATOLOGICA
- VISITA ORTOPEDICA
- VISITA FISIATRICA
- VISITA CARDIOLOGICA
- VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
- VISITA NEUROLOGICA
- VISITA GASTROENTEROLOGICA
- VISITA REUMATOLOGICA
- VISITA NEUROCHIRURGICA
- VISITA PSICHIATRICA
- VISITA ENDOCRINOLOGICA/ ENDOCRINOCHIRURGICA
- PRESTAZIONI DI LABORATORIO
- ALTRA VISITA*

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 90% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 700,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

* Da questa categoria sono escluse: visite/cure di carattere estetico; visite di medicina generale; visite mediche per il rilascio/rinnovo della patente automobilistica o nautica, per l'autorizzazione al porto d'armi o per l'idoneità alla pratica sportiva; visite medico-sportive; certificati medici; visite medico-legali, visite omeopatiche e/o naturopatiche e/o altrimenti riconducibili all'area della medicina alternativa/complementare; esame della vista svolto dall'ottico/optometrista; vaccini; prestazioni per igiene pubblica. Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute, le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina o Chirurgia, nonché visite specialistiche effettuate presso studi odontoiatrici/ortodontici.



A.2 Diagnostica strumentale

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- ELETTROCARDIOGRAMMA
- RADIOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA
- PRELIEVO ED ESAME CITOLOGICO CERVICOVAGINALE - PAP TEST
- ECOGRAFIA
- DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE MUSCOLOSCHIELETRICA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE COLONNA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
- ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 90% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 6.000,00.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati



A.3 Pacchetto maternità

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

○ PRESTAZIONI IN GRAVIDANZA

- ecografie
- visite di controllo ostetrico/ginecologiche (max. 6)
- esami di laboratorio
- esami per la diagnosi prenatale (amniocentesi, villocentesi e Test del Dna fetale)
- indennità per ricovero

○ PRESTAZIONI POST-PARTO

- visita ginecologica di controllo (max. 1)
- riabilitazione pavimento pelvico
- psicoterapia
- visita dietologica (max. 1)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 90% delle spese sostenute con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 1.000,00.

Il Fondo prevede inoltre un'indennità da ricovero di euro 100 per ogni giorno (pernottamento) di ricovero per parto.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruiti in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Il massimale e le prestazioni sono da intendersi per evento (gravidanza)
- L'indennità da ricovero viene erogata per un ricovero massimo di 7 giorni (pernottamenti) in occasione del parto o del ricovero per aborto terapeutico.
- Con specifico riferimento alla prestazione "riabilitazione del pavimento pelvico", l'iscritta dovrà presentare la prescrizione dello specialista (medico ginecologo) datata fino a 4 mesi prima del sostenimento della spesa.

I documenti di spesa relativi al pacchetto maternità vanno presentati al Fondo in un'unica soluzione entro 120 giorni dalla data del parto o dell'aborto allegando la lettera di dimissione dell'ospedale/casa di cura cosiddetta SDO – Scheda Dimissione Ospedaliera).





A.4 Prevenzione odontoiatrica

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

○ VISITA ODONTOIATRICA

○ IGIENE ORALE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta per 1 visita specialistica odontoiatrica e 1 igiene orale.

Il 100% della spesa è da intendersi riferito alle tariffe concordate con gli studi convenzionati. Eventuali tariffazioni eccedenti la quota concordata rimarranno a carico dell'iscritto.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per prestazioni eseguite presso strutture e personale convenzionati SIA3 (elenco consultabile sul sito www.sia3.it)

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Sono rimborsabili 1 seduta di igiene orale e 1 visita odontoiatrica per anno solare.
- Esclusivamente per i pazienti affetti da malattia parodontale il Fondo rimborsa una seconda ablazione del tartaro/igiene orale. Tale patologia deve essere diagnosticata e documentata tramite opportuno esame radiografico o sondaggio parodontale o certificata dal dentista operante nella struttura convenzionata. La documentazione comprovante la patologia deve essere presentata contestualmente alla richiesta di rimborso e può essere datata fino a 12 mesi prima.



A.5 Cure odontoiatriche generali

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- CURE ODONTOIATRICHE GENERALI (otturazioni, cure canalari, etc.)

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 90% della spesa sostenuta con un massimo di euro 400 per anno solare.

Il rimborso della spesa è da intendersi riferito alle tariffe concordate con gli studi convenzionati. Eventuali tariffazioni eccedenti la quota concordata rimarranno a carico dell'iscritto.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per prestazioni eseguite presso strutture e personale convenzionati SIA3 (elenco consultabile sul sito www.sia3.it)

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Non saranno accettate fatture riportanti voci di spesa generiche (es.: "cure odontoiatriche")
- Le fatture di acconto saranno accettate esclusivamente in presenza del preventivo inerente al piano di cura, dal quale si evincano in modo chiaro le prestazioni previste. Tale preventivo dovrà avere data anteriore o contestuale a quella indicata nelle fatture di acconto.



A.6 Implantologia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

○ IMPLANTOLOGIA

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa:

- Applicazione di 1 impianto: rimborso massimo per l'anno solare di euro 550
- Applicazione di 2 impianti: rimborso massimo per l'anno solare di euro 1.000
- Applicazione di 3 o più impianti: rimborso massimo per l'anno solare di euro 2.800

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per prestazioni eseguite presso strutture e personale convenzionati SIA3 (elenco consultabile sul sito www.sia3.it)

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Nella garanzia rientrano le prestazioni per il posizionamento dell'impianto, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio ed il perno/moncone
- Con riferimento alle prestazioni di implantologia, il Fondo si riserva la facoltà di richiedere la documentazione clinica afferente alla prestazione in questione (RX endorale, ortopantomica, documentazione fotografica, ecc.).



A.7 Pacchetto lenti correttive

Sono ammissibili al rimborso del Fondo le spese per l'acquisto di lenti correttive (lenti per occhiali o lenti a contatto) conseguenti alla modifica del visus, ovvero un miglioramento o peggioramento della vista rispetto ad una precedente misurazione della vista stessa.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 90% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile pari a euro 100.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Ai fini dell'ammissibilità della spesa sono considerate ammissibili due tipologie di prescrizioni:

- La prescrizione redatta dal medico oculista, dalla quale si evinca in modo esplicito la modifica del visus.
oppure
- La prescrizione redatta dall'ottico-optometrista, dalla quale si evinca in modo esplicito la modifica del visus. In questo caso la prestazione deve essere accompagnata da fattura/ documentazione di spesa inerente alla prestazione di esame della vista (prestazione sanitaria esente IVA ex art. 10).

Saranno considerate ammissibili a rimborso le prescrizioni datate fino a 12 mesi prima del sostenimento della spesa.

Il contributo per l'acquisto di lenti correttive – ove previsto dal Piano Sanitario del Fondo degli anni successivi a quello in corso – potrà essere nuovamente richiesto dall'iscritto a distanza di 36 mesi dal precedente rimborso.

COME ESSERE CERTI DELLA CORRETTEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE

Scarica la sezione del Vademecum **“Mini guida per le Lenti Correttive”** e consulta gli esempi di documentazione ammissibile e quelli di documentazione non ammissibile. Potrai stamparla e presentarla al professionista sanitario (medico oculista oppure ottico-optometrista) chiedendo – in caso di variazione del visus – di riportare nella prescrizione le diciture richieste.

Ricordiamo che i contenuti del Vademecum sono da considerarsi parte integrante del presente Piano Sanitario.

CHIARIMENTI INTERPRETATIVI SULLE LENTI A CONTATTO

- In caso di richiesta di lenti a contatto, l'iscritto può presentare più richieste durante la stessa campagna rimborsuale fino ad esaurimento del massimale.
- Le soluzioni liquide per lenti a contatto non sono ammissibili.

CHIARIMENTI INTERPRETATIVI SULLE LENTI DA SOLE

- Le lenti da sole, anche se graduate, non rientrano tra i presidi rimborsabili dal Fondo.

ULTERIORI CHIARIMENTI

- La richiesta di contributo per lenti per occhiali non è sovrapponibile a quella per lenti a contatto.
- In caso di richiesta di lenti per occhiali, il Fondo rimborsa un unico paio di lenti esclusa la montatura dell'occhiale.

Lenti correttive per malattie degenerative del visus

In deroga a quanto sopra, il rimborso è riconosciuto per un paio di occhiali (o per l'acquisto di lenti a contatto) per ogni anno solare nel caso di nuove lenti correttive della vista conseguenti a malattie progressive e degenerative gravi della vista (esempio: glaucoma, cheratocono) attestate da referto/prescrizione del medico oculista.



A.8 Psicoterapia

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- VISITA PSICOLOGICA
- COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
- PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
- PSICOTERAPIA FAMILIARE

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 200

TIPOLOGIE DI RIMBORSI

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Il tetto di rimborso è maggiorato di ulteriori euro 100 (fino al limite rimborsabile per l'anno solare di euro 300) in uno dei seguenti casi:

1. Iscritti di **età uguale o inferiore a 18 anni**
2. Iscritti con **ospedalizzazione covid** nell'ultimo anno. Le spese saranno rimborsate in presenza della documentazione che attesti un ricovero per Covid19 nei 12 mesi precedenti alla data della fattura.
3. Iscritti con **disturbi mentali** (disturbi d'ansia; disturbi depressivi; disturbo bipolare; schizofrenia; dipendenze, disturbi dell'alimentazione; disturbi correlati a eventi traumatici -PTSD; disturbo ossessivo-compulsivo). Le spese saranno rimborsate in presenza di certificato medico attestante la diagnosi. Sono ammesse le diagnosi formulate da: a) struttura pubblica o privata competente; b) medico specialista (psichiatra, neuropsichiatra infantile, etc.); c) medico di medicina generale.

* Da questa categoria sono escluse le prestazioni che non sono riconducibili direttamente a una delle categorie rimborsate dal presente Piano (ad esempio le sedute di gruppo, le prestazioni per la valutazione di danni, il training autogeno, prestazioni psicologiche afferenti all'apprendimento e allo studio)



A.9 Compartecipazione spese fisioterapiche

garanzia operativa solo dopo il rimborso di UniSalute

In caso di rimborso di prestazioni rientranti nella garanzia *B.11 Fisioterapia conseguente ad infortunio o malattia*, il Fondo rimborsa il minimo non indennizzabile rimasto a carico dell'iscritto che effettua la spesa privatamente.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- La garanzia opera solo in caso di rimborso effettuato da UniSalute
- Per ottenere il rimborso è necessario inviare la documentazione comprovante la liquidazione effettuata da Unisalute insieme ai documenti di spesa
- I documenti devono essere inviati entro 60 giorni dalla liquidazione di Unisalute
- Il rimborso viene riconosciuto per un massimo di 70,00 Euro e per un unico ciclo di trattamento

ESEMPIO

Fattura per un ciclo di fisioterapia svolta privatamente (in una struttura non convenzionata Unisalute):	➤	300 Euro
Rimborso Unisalute (75% della spesa con un minimo non indennizzabile per fattura di 70 Euro)	➤	225 - 70= 155 Euro
Rimborso aggiuntivo Sia3	➤	70 Euro
Totale rimborso: 155 Euro (Unisalute) + 70 Euro (SIA3)	➤	225 Euro





Gravi malattie

Il Fondo con gli organismi tecnico-sanitari ha individuato un elenco di gravi patologie.

L'iscritto ha diritto al rimborso parziale delle spese sanitarie in caso di insorgenza di una delle gravi malattie incluse nel seguente elenco:

○ NEOPLASIE MALIGNI

Si indica una massa di tessuto caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dalla invasione dei tessuti. Questo include leucemia, linfoma di hodgkin, e linfoma non hodgkin ma esclude i tumori di carattere non invasivo in situ e tumori della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno

○ INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Si intende la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco quale risultato di una inadeguata irrorazione sanguigna come evidenziata da un tipico dolore al petto, alterazioni nell'elettrocardiogramma e un aumento degli enzimi cardiaci.

○ ICTUS

Si intende un evento cerebrovascolare che come risultante crea un danno neuro-logico permanente. Sono specificamente esclusi attacchi ischemici transitori.

○ INTERVENTI CARDIACI

Si intende l'intervento denominato by-pass delle arterie coronariche. L'intervento viene effettuato su indicazione di uno specialista cardiologo, al fine di correggere la riduzione o il bloccaggio di una o più arterie coronariche mediante l'aggiunta di by-pass.

○ ANGIOPLASTICA

Gli interventi realizzati con qualsiasi tecnica, su indicazione di un cardiologo, al fine di correggere almeno del 50 % il restringimento di due o più arterie coronariche. UniSalute

richiederà la prova angiografica a supporto della necessità delle operazioni suddette. Fra le tecniche di intervento sono comprese anche la angioplastica, il laser a eccimeri, la "rotablation", gli "stents" e la aterectomia direzionale.

○ PATOLOGIE A CARICO DELLE VALVOLE CARDIACHE

Si intendono patologie a carico delle valvole cardiache che comportino interventi a cuore aperto affrontati per riparare o sostituire una valvola anormale.

○ PATOLOGIE A CARICO DELL'AORTA

Si intendono le patologie a carico dell'aorta che comportino interventi affrontati per correggere qualsiasi restringimento, dissezione o aneurisma dell'aorta toracica o addominale.

○ INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Si intende l'insufficienza renale in fase finale, caratterizzata da insufficienza cronica irreversibile del funzionamento di entrambi i reni a causa della quale si intraprende un processo di dialisi o un trapianto di rene.

○ TRAPIANTI

Si intendono le procedure legate al trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo osseo o pancreas.

Il Fondo provvederà a una periodica verifica dell'adeguatezza dell'elenco di patologie previste al fine di ampliare – ove necessario – le fattispecie oggetto di copertura sanitaria.

CRITERI DI ACCERTAMENTO DELLA GRAVE MALATTIA E DELL'ELEGGIBILITÀ DELLE SPESE AL RIMBORSO

L'accertamento della grave malattia ai fini dell'erogazione del rimborso sarà effettuato dagli organismi tecnico-sanitari del Fondo, prendendo in esame la documentazione sanitaria prodotta dall'associato (copia della cartella clinica ospedaliera, in caso di pregresso ricovero registrato nell'anno di riferimento oppure referto/relazione medica redatta dallo specialista di riferimento attestante la specifica patologia).

Parimenti, la verifica di congruenza della/e prestazione/i oggetto di rimborso sarà effettuata dal consulente tecnico-sanitario del Fondo, sulla base delle prescrizioni del medico curante e/o del medico specialista e/o in relazione ai protocolli diagnostici, terapeutici e assistenziali associabili alla specifica patologia.

È possibile il rimborso delle spese limitatamente agli iscritti che abbiano accertato la grave malattia nell'anno in corso (a far data dal 01/01/2024)*.

Eventuali pratiche che non rispondono ai criteri di ammissibilità per gravi patologie stabiliti nel presente Piano verranno gestite come spese afferenti alle prestazioni delle categorie da A.1 a A.8.

* Eventuali deroghe rispetto alla data di decorrenza sopra menzionata, ad esempio per iscritti la cui patologia sia stata accertata in periodi immediatamente precedenti, potranno essere accordate dal Fondo a seguito di valutazione del consulente tecnico-sanitario.

A.10 Prestazioni specialistiche per diagnosi/percorso Terapeutico per gravi malattie

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- VISITE SPECIALISTICHE
- ESAMI DI LABORATORIO

- ESAMI STRUMENTALI E ALTRI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Saranno considerate ammissibili:

- le spese sostenute in seguito a una diagnosi di malattia già formulata (ad esempio: visita specialistica finalizzata a ottenere una "second opinion" o "diagnosi comparativa");
- le spese sostenute per esami e accertamenti svolti in presenza di un sospetto diagnostico (formulato dal medico di medicina generale e/o dal medico specialista) e ai quali faccia seguito una diagnosi di effettivo accertamento della grave malattia.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- Rimborso per ticket sanitari
- Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

Il Fondo rimborsa il 90% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 700,00 per iscritto.

A.11 Prestazioni di riabilitazione e assistenza per gravi malattie

Rientrano nella presente garanzia le prestazioni di seguito elencate:

- FISIOTERAPIA
- LOGOPEDIA

- ASSISTENZA INFERMIERISTICA

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per ticket sanitari
- › Rimborso per prestazioni libero-professionali erogate in regime di intramoenia
- › Rimborso per altre prestazioni libero-professionali fruite in strutture/studi privati

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO E LIMITAZIONI

Il Fondo rimborsa il 60% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 5.000,00 per iscritto.





A.12 Neonati

Il Fondo provvede al rimborso delle spese sanitarie a beneficio del neonato per i ricoveri con intervento effettuati nei primi 3 anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite.

- SPESE PER INTERVENTO CHIRURGICO
- VISITE ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PRE E POST-INTERVENTO
- RETTA DI VITTO E PERNOTTAMENTO DEGLI ACCOMPAGNATORI (genitori o tutori del neonato) NELL'ISTITUTO DI CURA O IN UNA STRUTTURA ALBERGHIERA PER IL PERIODO DEL RICOVERO



MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa le prestazioni a carico del neonato, con un limite rimborsabile per l'anno solare di euro 10.000,00

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

La garanzia per i neonati si intende operante per tutti gli interventi chirurgici effettuati in regime di ricovero e resi necessari per la correzione di malformazioni congenite.

ULTERIORI COPERTURE A BENEFICIO DELL'ISCRITTO

In caso di malformazione congenita diagnosticata durante il primo anno di vita, l'iscritto potrà attivare - oltre alla copertura di cui al presente punto A.9 - una copertura aggiuntiva garantita per conto di SIA3 dalla Compagnia Assicurativa UniSalute.

Il dettaglio di questa copertura è riportato al successivo punto B.5





Prestazioni gestite da UniSalute per conto di SIA3

Di seguito vengono elencate le prestazioni gestite direttamente da UniSalute per conto di SIA3. Il testo integrale della polizza stipulata con la compagnia assicurativa è disponibile contattando gli uffici del Fondo SIA3.

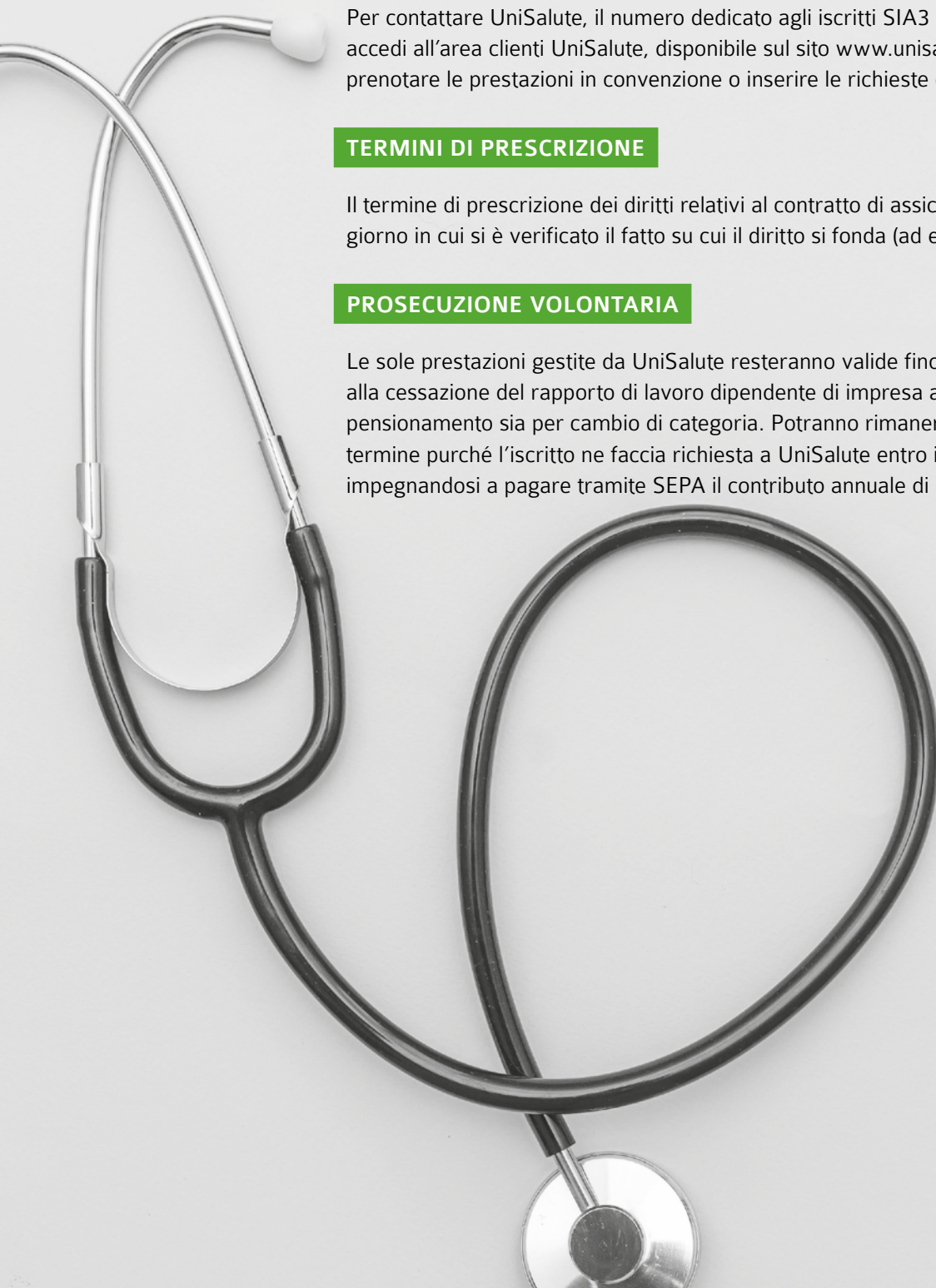
Per contattare UniSalute, il numero dedicato agli iscritti SIA3 è 800.009.623. In alternativa, accedi all'area clienti UniSalute, disponibile sul sito www.unisalute.it, tramite la quale puoi prenotare le prestazioni in convenzione o inserire le richieste di rimborso

TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei diritti relativi al contratto di assicurazione è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (ad eccezione della garanzia B.9)

PROSECUZIONE VOLONTARIA

Le sole prestazioni gestite da UniSalute resteranno valide fino al 31 dicembre successivo alla cessazione del rapporto di lavoro dipendente di impresa artigiana, sia per pensionamento sia per cambio di categoria. Potranno rimanere valide anche dopo quel termine purché l'iscritto ne faccia richiesta a UniSalute entro il 15 gennaio successivo, impegnandosi a pagare tramite SEPA il contributo annuale di euro 185,00.





B.1 Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico

compreso nell'elenco
alla fine del Piano Sanitario

In caso di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico reso necessario da malattia o infortunio e compreso nell'elenco allegato, UniSalute provvede al pagamento delle seguenti prestazioni.

INTERVENTI CHIRURGICI INCLUSI NELL'ELENCO

Vedi l'elenco alla fine del presente Piano Sanitario

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

UniSalute eroga un rimborso annuo per le prestazioni della seguente garanzia pari a euro 100.000,00 **per assicurato con i seguenti sotto limiti indicati nelle specifiche garanzie.**



1.1 Prestazioni ricovero

A) PRE-RICOVERO (erogazione rimborso)

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenuti nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero per l'intervento chirurgico, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

A.1) FISIOTERAPIA PRIVATA PRE-RICOVERO (erogazione rimborso)

Le fatture per fisioterapia correlata al ricovero, effettuata in strutture private non convenzionate, sono rimborsabili con uno scoperto pari al 20% della spesa.

B) INTERVENTO CHIRURGICO (erogazione rimborso o pagamento diretto presso strutture convenzionate)

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico (risultante dal referto operatorio) nonché diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi eventualmente applicate durante l'intervento.

C) ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE (erogazione rimborso o pagamento diretto presso strutture convenzionate)

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero per l'intervento chirurgico.

D) RETTA DI DEGENZA (erogazione rimborso o pagamento diretto presso strutture convenzionate)

Spese per il trattamento alberghiero, escluse quelle voluttuarie.

E) ACCOMPAGNATORE (erogazione rimborso o pagamento diretto presso strutture convenzionate)

Spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

F) ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE (erogazione rimborso)

Spese per assistenza infermieristica privata individuale, nel limite massimo di 30 giorni per ricovero.

G) POST-RICOVERO (erogazione rimborso o pagamento diretto presso strutture convenzionate)

Esami ed accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero per intervento chirurgico. Per le prestazioni infermieristiche e i medicinali la richiesta dev'essere certificata all'atto della dimissione dall'Istituto di cura.



B.2 Trasporto sanitario

Spese per il trasporto dell'assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

Il massimale è di euro 2.000,00 per ricovero



B.3 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste al punto B.1 "Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati alla fine del Piano Sanitario)" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Nei 100 giorni precedenti il ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.



B.4 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico*

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, qualora non sia stato richiesto nessun rimborso né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, sarà corrisposta un'indennità di euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni. Per il conteggio dei giorni di ricovero si considera il numero dei pernottamenti.

In alternativa potrà essere chiesto il rimborso delle spese per trattamento alberghiero o dei ticket sanitari relativi al ricovero per intervento chirurgico.



B.5 Neonati

La Società provvede al pagamento delle spese per tutti gli interventi effettuati nei primi tre anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite (diagnosticate nel primo anno di vita), comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post-intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di euro 10.000 per neonato.

* Tale garanzia non è operante per gli interventi chirurgici effettuati da neonati, gestiti tramite la copertura descritta al punto B.5

Modalità di calcolo del rimborso per le garanzie da B.1 a B.5

Prestazioni effettuate in strutture private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente UniSalute alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di una franchigia di euro 2.000,00 ad eccezione delle prestazioni di cui alla lett. a) "Pre-ricovero" e lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale" che vengono rimborsate nei limiti suindicati.

Per quanto riguarda la lett. a) "Pre-ricovero" contattando preventivamente la Centrale Operativa si potrà richiedere l'applicazione delle tariffe riservate agli iscritti UniSalute, il cui rimborso avverrà con i criteri di liquidazione sopra previsti.

Le spese di cui alle lett. b), c), d), e), g) vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate. È pertanto condizione necessaria contattare preventivamente la compagnia al numero 800.009623

Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute

Le spese sanitarie relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di euro 10.000,00, ad eccezione delle prestazioni fisioterapiche di cui alla lett. a) "Pre-ricovero" per le quali opera invece uno scoperto del 20% della spesa.

Prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale / Provinciale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del SSN, verrà attivata la garanzia prevista al punto B.4 "Indennità sostitutiva per intervento chirurgico".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate/liquidate secondo quanto indicato nei precedenti punti "Prestazioni in strutture private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati" o "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute".



B.6 Ricovero per intervento chirurgico

non compreso nell'elenco
presente alla fine del Piano Sanitario



Indennità sostitutiva per intervento chirurgico non compreso nell'elenco (erogazione rimborso)

In caso di ricovero per intervento chirurgico diverso da quelli elencati al successivo allegato 1, è possibile richiedere per ogni giorno di ricovero successivo al 1° un'indennità pari a euro 70,00 al giorno per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.



Pre-ricovero (erogazione rimborso)

Ticket per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenuti nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero per l'intervento chirurgico, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.





B.7 Sindrome metabolica

ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA

L'iscritto, collegandosi al sito di UniSalute, dovrà compilare il questionario online. La compagnia, entro due giorni lavorativi, analizzerà i contenuti e comunicherà all'iscritto l'esito della valutazione tramite l'area riservata.

EROGAZIONE DELLA GARANZIA

- **Se i parametri sono nella norma:** l'iscritto riceverà indicazioni sui comportamenti e gli stili di vita che possono ulteriormente migliorarli, contattando l'assistito periodicamente
- **In caso di sindrome metabolica "non conclamata":** poiché gli indicatori del rischio devono essere monitorati, UniSalute con cadenza semestrale organizzerà per l'assistito lo svolgimento di prestazioni di controllo (esami di laboratorio).
Le prestazioni dovranno svolgersi in strutture convenzionate UniSalute e gli importi saranno liquidati direttamente da UniSalute alla struttura
- **In caso di sindrome metabolica "conclamata":** metterà a disposizione dell'iscritto, per le visite e gli accertamenti, le strutture convenzionate e/o i tariffari agevolati.



B.8 Non autosufficienza

La copertura è a beneficio dell'iscritto che si venga a trovare in una condizione accertata di "non autosufficienza consolidata", così come di seguito esplicitato. Pertanto, non sono assicurabili le persone che al momento di entrata in copertura si trovino già in tale stato di non autosufficienza.

Per "non autosufficienza consolidata" si intende l'insorgenza di una delle seguenti due condizioni:

- Il soggetto si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente di effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita (lavarsi, mangiare, spostarsi, vestirsi) e necessita in modo costante dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza;

OPPURE

- Il soggetto sia affetto da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer – diagnosticata per la prima volta dopo l'inizio della copertura, verificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) – e necessiti in modo costante dell'assistenza di un terzo che lo sorvegli e/o compia i servizi di cura a domicilio o di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

L'iscritto può optare alternativamente per l'erogazione di una delle due coperture descritte ai punti B.8.1 e B.8.2.

B.8.1 Erogazione di indennità sostitutiva

L'iscritto può optare per la corresponsione di una indennità sostitutiva pari a euro 12.000,00 (1.000,00 euro/mese).

B.8.2 Prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria

Tale garanzia si attiva qualora l'iscritto opti per l'accesso ad un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e consiste nell'erogazione diretta della prestazione di assistenza per mezzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

Il massimale erogato in servizi è pari a euro 15.000,00 (1.250,00 euro/mese)

La garanzia è alternativa a quella descritta nel precedente punto B.8.1

B.8.3 Spese adeguamento domestico

Rimborso per le spese di adeguamento dell'abitazione per l'abbattimento delle barriere architettoniche

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

UniSalute eroga per gli interventi di adeguamento domestico un rimborso di euro 1.500,00

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- La garanzia opera nel caso l'iscritto sia dichiarato "non autosufficiente consolidato"
- Sono escluse le spese per acquisto/noleggio di carrozzine, sedie a rotelle, altri mezzi di ausilio, elettrodomestici



B.9 Critical illness

L'iscritto ha diritto all'erogazione di un importo "una tantum" in caso di insorgenza di una tra le "gravi malattie" elencate nel seguito.

○ NEOPLASIE MALIGNI

Si indica una massa di tessuto caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dalla invasione dei tessuti. Questo include leucemia, linfoma di Hodgkin, e linfoma non Hodgkin ma esclude i tumori di carattere non invasivo in situ e tumori della pelle diversi dal melanoma invasivo maligno.

○ INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Si intende la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco quale risultato di una inadeguata irrorazione sanguigna come evidenziata da un tipico dolore al petto, alterazioni nell'elettrocardiogramma e un aumento degli enzimi cardiaci.

○ ICTUS

Si intende un evento cerebrovascolare che come risultato crea un danno neuro-logico permanente. Sono specificamente esclusi attacchi ischemici transitori.

○ INTERVENTI CARDIACI

Si intende l'intervento denominato by-pass delle arterie coronarie. L'intervento viene effettuato su indicazione di uno specialista cardiologo, al fine di correggere la riduzione o il bloccaggio di una o più arterie coronarie mediante l'aggiunta di by-pass.

○ ANGIOPLASTICA

Gli interventi realizzati con qualsiasi tecnica, su indicazione di un cardiologo, al fine di correggere almeno del 50 % il restringimento di due o più arterie coronarie. UniSalute richiederà la prova angiografica a supporto della necessità delle operazioni suddette. Fra le tecniche di intervento sono comprese anche la angioplastica, il laser a eccimeri, la "rotablation", gli "stents" e la aterectomia direzionale.

○ PATOLOGIE A CARICO DELLE VALVOLE CARDIACHE

Si intendono patologie a carico delle valvole cardiache che comportino interventi a cuore aperto affrontati per riparare o sostituire una valvola anormale.

○ PATOLOGIE A CARICO DELL'AORTA

Si intendono le patologie a carico dell'aorta che comportino interventi affrontati per correggere qualsiasi restringimento, dissezione o aneurisma dell'aorta toracica o addominale.

○ INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Si intende l'insufficienza renale in fase finale, caratterizzata da insufficienza cronica irreversibile del funzionamento di entrambi i reni a causa della quale si intraprende un processo di dialisi o un trapianto di rene.

○ TRAPIANTI

Si intendono le procedure legate al trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo osseo o pancreas.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

L'iscritto ha diritto alla corresponsione di una somma "una tantum" pari a euro 7.000,00.

UniSalute verserà l'indennizzo all'iscritto, se questi è in vita dopo 30 giorni dalla diagnosi di grave malattia.

Nel caso l'assicurato sia affetto da "Neoplasia Maligna" per ogni giornata in cui siano avvenute delle sedute di trattamento oncologico la cui efficacia è riconosciuta dal SSN/AIFA (chemioterapia, radioterapia, immunoterapia, etc.) è riconosciuto un indennizzo pari a euro 75,00 per un massimo di 20 giorni nell'annualità della polizza.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

La richiesta di indennizzo dovrà essere presentata entro 60 giorni dalla diagnosi, dall'iscritto affetto da una delle gravi malattie o altro familiare da questi delegato.

Relativamente agli stati patologici insorti precedentemente alla data di efficacia della copertura e non conosciuti dall'iscritto, la garanzia sarà efficace per gli eventi che si manifestino decorsi 180 giorni dalla decorrenza contrattuale.

Sono invece escluse le seguenti fattispecie: a) recidive di patologie esaminate, diagnosticate o curate prima dell'iscrizione a SIA3; b) recidive di patologie a fronte delle quali l'iscritto abbia già ricevuto un indennizzo in forza della presente polizza.





B.10 Second Opinion – Diagnosi comparativa

L'iscritto, se affetto da una delle seguenti gravi patologie, potrà ricevere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili.

I servizi garantiti nell'ambito di questa garanzia sono forniti esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- MORBO DI ALZHEIMER
- PERDITA DELLA VISTA
- NEOPLASIE
- STATI VEGETATIVI
- MALATTIE CARDIOVASCOLARI
- PERDITA DELL'UDITO
- INSUFFICIENZA RENALE
- PERDITA DELLA PAROLA
- TRAPIANTO DI ORGANO
- PATOLOGIA NEURO MOTORIA
- SCLEROSI MULTIPLA
- PARESI
- MORBO DI PARKINSON
- INFARTO MIOCARDICO
- ICTUS
- USTIONI GRAVI

Per l'attivazione della garanzia, l'iscritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare a UniSalute la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico di UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

La garanzia garantisce all'iscritto l'accesso ai seguenti servizi:

- **Consulenza Internazionale:** UniSalute rilascerà all'iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione sanitaria richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- **Trova la Miglior Cura:** Qualora l'iscritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, affinché l'iscritto possa fruire di tariffe agevolate, provvederà a fissare attraverso Best Doctors® tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, nonché, laddove necessario, l'alloggio in albergo e il trasporto in automobile o ambulanza.
- **Trova Il Medico:** UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo data-base e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'iscritto.
- **Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors consentirà all'iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.**



B.11 Fisioterapia conseguente ad infortunio o malattia

PREMESSA

Il Fondo copre i trattamenti fisioterapici fruiti dall'iscritto a seguito di infortunio o malattia ed esclusivamente a fini riabilitativi.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

- **Prestazioni riabilitative eseguite in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati.**
Pagamento diretto da parte di UniSalute alla struttura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti.
- **Prestazioni riabilitative eseguite in strutture sanitarie private non convenzionate o effettuate da personale non convenzionato con UniSalute.**
Rimborso del 75% delle spese sostenute dall'iscritto, con un minimo non indennizzabile di 70,00 euro per fattura/persona. La fattura potrà riferirsi all'intero ciclo fisioterapico.
- **Prestazioni riabilitative eseguite in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate.**
Rimborso integrale dei ticket sanitari nel limite del massimale assicurato.

Il massimale annuo per assicurato è pari a euro 350,00 con l'applicazione di un sotto limite di euro 200,00 in caso di trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Il ciclo di terapie deve essere oggetto di prescrizione del medico "di famiglia" o dallo specialista - la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata - ed effettuato da professionisti sanitari abilitati in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.
- Sono escluse le prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia, shiatsu.
- Non sono rimborsabili prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

B.11.1 Noleggio di protesi/ausili medici ortopedici ed acustici

Sono rimborsabili le spese per il noleggio di protesi ortopediche ed acustiche.

Rientrano in copertura gli ausili ortopedici ed acustici, sempre appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, apparecchi acustici, etc.

Il massimale annuo per assicurato è pari a euro 1.000,00 con uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile di euro 30,00 per fattura/persona.

Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da B.1 a B.11

Relativamente alle Garanzia di “Non Autosufficienza” sono escluse le conseguenze: dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall’assicurato con dolo; di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l’assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti; dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti (salvo le conseguenze di terapie mediche).

Relativamente alla Garanzia “Critical Illness”, sono inoltre escluse: le conseguenze dirette di infortunio, nonché le malattie e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto o comunque noti all’assicurato.

Per le garanzie “Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico”, “Second Opinion” e “Fisioterapia conseguente a infortunio” l’assicurazione non è operante per: le cure e/o gli interventi per l’eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto; le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l’operatività del contratto); gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo; gli infortuni conseguenti all’abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all’uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l’alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno; gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall’Assicurato; le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall’assicurato con dolo o colpa grave; 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 (salvo le conseguenze di terapie mediche); le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche; le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici; le conseguenze dirette o indirette di pandemie.



Elenco interventi chirurgici

QUALSIASI NEOPLASIA MALIGNA DI ORGANO OD APPARATO

- La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da adeguata certificazione di sospetto diagnostico supportato da idoneo accertamento clinico (Citologia, Istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc).

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- Calazio
- Retina, intervento per distacco
- Interventi chirurgici per glaucoma

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia)
- Corde vocali decorticazione o Cordotomia in microlaringoscopia
- Laringectomia parziale
- Svuotamento dell'etmoide
- Interventi per poliposi nasale
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Tiroidectomia totale con linfadenectomia
- Resezione Esofago Cervicale
- Dissezione Radicale del Collo
- Escissione Dotto Tireoglosso

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Intervento chirurgico per Enfisema bolloso

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasverso
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica

- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Intervento per mega-esofago
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Ernia inguinale e femorale
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
- Colectomia con qualsiasi tecnica
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Fistole entero-enteriche
- Anastomosi entero-esofagee
- Polipectomia per via laparotomica
- Intervento per prolasso rettale

UROLOGIA

- Prostatectomia sottocapsulare
- Varicocele in microchirurgia
- Surrenalectomia
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia con eventuale annessiectomia
- Sacrocolpopessi per via Addominale per colpocistorettocele
- Miomectomia per via vaginale
- Interventi per endometriosi

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti a infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi su legamenti, menisco e sinovia del ginocchio in artroscopia
- Meniscectomia in artroscopia
- Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
- Riparazione Cuffia dei rotatori ed acromionplastica spalla
- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto
- Amputazioni di piccoli, medi e grandi segmenti



Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

www.sia3.it