

2025

**Piano Sanitario
per i dipendenti
di Associazione
Artigiani, Trentino
Caf Imprese, EBAT,
SAPI e Mutua Artieri**



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 Ticket - specialistica pubblica	05
A.2 Area specialistica privata	05
Visite specialistiche	
A.3 Area specialistica privata	06
Diagnostica strumentale	
A.4 Area specialistica privata	06
Cicli di terapia salvavita	
A.5 Area specialistica privata	07
Prestazioni di laboratorio	
A.6 Assistenza domiciliare sanitaria	07
A.7 Pacchetto maternità	08
A.8 Odontoiatria	09
A.9 Implantologia	09
A.10 Trattamenti fisioterapici riabilitativi	10
Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da A.1 a A.10	10

11

PRESTAZIONI GESTITE DA UNISALUTE PER CONTO DI SIA3

B.1 Non autosufficienza	12
B.2 Critical illness	14
B.3 Second opinion - Diagnosi comparativa	16
B.4 Fisioterapia conseguente ad infortunio o malattia	18
Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da B.1 a B.4	19

20

PRESTAZIONI GESTITE DA ITAS MUTUA PER CONTO DI SIA3



I destinatari del Piano Sanitario

A CHI È DEDICATO IL SEGUENTE PIANO SANITARIO

Dipendenti di Associazione Artigiani, Trentino Caf Imprese, EBAT, SAPI e Mutua Artieri

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): 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./Itas Mutua.**



Prestazioni gestite da SIA3

Sono rimborsate da SIA3 le spese sostenute a partire dal **01/01/2025** fino al **31/12/2025**.

Periodo di spesa

Quando chiedere il rimborso

Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025 > Entro 60 giorni dalla data della fattura

Le spese sostenute dal 29 al 31 dicembre 2025 andranno presentate entro il 28 febbraio 2026.



A.1 Ticket - specialistica pubblica

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di 800,00 euro.

Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della garanzia A.2 specialistica privata - Visite specialistiche.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

- › Rimborso per ticket sanitari

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Le spese saranno rimborsate in presenza di indicazione nel documento di spesa del tipo di prestazione effettuata. In alternativa è necessario allegare l'impegnativa del medico.



A.2 Area specialistica privata

Visite specialistiche

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 50% della spesa sostenuta con un massimo di 50,00€/fattura. Il massimale rimborsabile annuo è di 800,00 euro.

Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della garanzia A.1 Ticket – specialistica pubblica.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

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

CODIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Le spese saranno rimborsate in presenza di indicazione nel documento di spesa del tipo di prestazione effettuata. In alternativa è necessario allegare l'impegnativa del medico.



A.3 Area specialistica privata

Diagnostica strumentale

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta con una franchigia di 36,15€/fattura. Il massimale rimborsabile annuo è di 6.000,00 euro.

Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della garanzia A.4 Cicli di terapia salvavita.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

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

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Le spese saranno rimborsate in presenza di indicazione nel documento di spesa del tipo di prestazione effettuata. In alternativa è necessario allegare l'impegnativa del medico.



A.4 Area specialistica privata

Cicli di terapia salvavita

MODALITÀ DI CALCOLO DEL SUSSIDIO

Il Fondo eroga un sussidio di 25,00 € a seduta per cicli di radioterapia o chemioterapia. Il massimale rimborsabile annuo è di 6.000,00 euro.

Tale massimale è concorrente (non cumulabile) a quello della garanzia A.3 Diagnostica strumentale.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

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

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Le spese saranno rimborsate in presenza di indicazione nel documento di spesa del tipo di prestazione effettuata. In alternativa è necessario allegare l'impegnativa del medico.



A.5 Area specialistica privata

Prestazioni di laboratorio

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta con una massimale rimborsabile annuo di 6.000,00 euro.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

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

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

Le spese saranno rimborsate in presenza di indicazione nel documento di spesa del tipo di prestazione effettuata. In alternativa è necessario allegare l'impegnativa del medico.



A.6 Assistenza domiciliare sanitaria

- ASSISTENZA SANITARIA PER PRATICARE TERAPIA MEDICA E/O SANITARIA SPECIALISTICA
- MOBILIZZAZIONI
- PRELIEVI
- MEDICAZIONI
- INFERMIERISTICA
- RILIEVI DEI PARAMETRI BIOLOGICI

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo riconosce un sussidio orario di 10,00 euro.

In caso di neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio orario di 15,00 euro qualora si necessiti di assistenza sanitaria negli ultimi sei mesi di vita.

Il massimale rimborsabile annuo di 400,00 euro.

* Per personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione si intende: infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Le prestazioni devono essere effettuate da personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione*
- Il Fondo si riserva la possibilità di chiedere la documentazione attestante il bisogno sanitario per il quale si richiede il sussidio.
- Le spese dovranno riportare il tipo di prestazione effettuata e la patologia per la quale si effettuano.



A.7 Pacchetto maternità

- VISITE DI CONTROLLO OSTETRICHE/ GINECOLOGICHE
- ESAMI PER LA DIAGNOSTICA PRENATALE
- ESAMI DI LABORATORIO
- ECOGRAFIE
- INDENNITÀ DI RICOVERO

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo per le ecografie, le visite, le analisi di laboratorio e gli esami per la diagnosi prenatale rimborsa il 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di 1.000,00 euro.

Il Fondo prevede inoltre un'indennità da ricovero di 80,00 euro per ogni giorno (pernottamento) di ricovero per parto o aborto.

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Per ciascuna gravidanza vengono rimborsate al massimo 4 visite ostetrico/ginecologiche (6 in caso di gravidanza a rischio).
- L'indennità da ricovero viene erogata per un ricovero massimo di 7 giorni (pernottamenti). Per accedere all'indennizzo è necessario presentare la cartella clinica e/o lettera di dimissione. Tale indennità può essere richiesta anche nel caso di un ricovero per aborto terapeutico.
- I documenti di spesa relativi alla gravidanza vanno presentati al Fondo in un'unica soluzione entro 60 giorni dalla data del parto o dell'aborto.



A.8 Odontoiatria

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa il 100% della spesa sostenuta con un massimo di euro 200,00.

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)
- 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.9 Implantologia

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa:

- > Applicazione di 1 impianto: 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di 450,00 euro.
- > Applicazione di 2 impianti: 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di 850,00 euro.
- > Applicazione di 3 o più impianti: 100% della spesa sostenuta, con un limite rimborsabile per l'anno solare di 2.300,00 euro

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

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



A.10 Trattamenti fisioterapici riabilitativi

MODALITÀ DI CALCOLO DEL RIMBORSO

Il Fondo rimborsa l'80% della spesa sostenuta con un massimale rimborsabile annuo è di 700,00 euro.

TIPOLOGIE DI RIMBORSO

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

CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ

- Le spese saranno rimborsate solo se effettuate a seguito di infortunio o intervento chirurgico.
- Le spese saranno rimborsate solo se accompagnate da prescrizione medica che attesti il motivo della prestazione effettuate. Le prescrizioni possono essere redatte dal medico di medicina generale o dallo specialista (ortopedico, fisiatra, ecc.) che attesti la necessità delle terapie, oppure – nei casi di infortunio accertato in Pronto Soccorso – in presenza di certificato del PS.
- Le prestazioni devono essere effettuate da personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione*.

* Per personale medico o personale sanitario riconosciuto dalla vigente legislazione si intende: infermiere professionale, fisioterapista, terapeuta occupazionale, terapeuta della riabilitazione, o titolari di diplomi equipollenti – D.M. 27 luglio 2000 – GU n. 190 del 16/08/2000.

Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da A.1 a A.10

Il Fondo non rimborsa: visite/cure di carattere estetico; 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 medicolegali, visite omeopatiche e/o naturopatiche e/o altrimenti riconducibili all'area della medicina alternativa/complementare; esame della vista svolto dall'ottico/optometrista; visite podologiche; visite/cure svolte da personale medico o personale sanitario non riconosciuto dalla vigente legislazione. 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.



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.

Le sole prestazioni gestite da UniSalute potranno rimanere valide anche per gli ex-dipendenti purché l'iscritto ne faccia richiesta impegnandosi a pagare il contributo annuale di euro 85,00.

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.2)





B.1 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.1.1 e B.1.2.

L'erogazione della rendita/l'accesso al piano assistenziale individuale è garantito per tutto il periodo di "non autosufficienza consolidata" dell'iscritto.

B.1.1 Erogazione di indennità sostitutiva

L'iscritto può optare per la corresponsione di una indennità sostitutiva pari a 7.200 euro (600 euro/mese).

B.1.2 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 12.000 euro (1.000 euro/mese)

La garanzia è alternativa a quella descritta nel precedente punto B.1.1

B.1.3 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.2 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 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.

○ **MALATTIA DI PARKINSON**

Malattia neurodegenerativa. I sintomi motori tipici della condizione sono il risultato della morte delle cellule che sintetizzano e rilasciano la dopamina che si trovano nella substantia nigra, una regione del mesencefalo. La causa che porta alla loro morte è sconosciuta. All'esordio della malattia, i sintomi più evidenti sono legati al movimento, ed includono tremori, rigidità, lentezza nei movimenti e difficoltà a camminare. In seguito, possono insorgere problemi cognitivi e comportamentali, con la demenza che si verifica a volte nelle fasi avanzate.

○ **MORBO DI ALZHEIMER**

La forma più comune di demenza degenerativa progressivamente invalidante con esordio prevalentemente in età presenile (oltre i 65 anni, ma può manifestarsi anche in epoca precedente). Si stima che circa il 50-70% dei casi di demenza sia dovuta

a tale condizione, mentre il 10-20% a demenza vascolare. Il sintomo precoce più frequente è la difficoltà nel ricordare eventi recenti. Con l'avanzare dell'età: afasia, disorientamento, cambiamenti repentini di umore, depressione, incapacità di prendersi cura di sé, problemi nel comportamento. Ciò porta il soggetto inevitabilmente a isolarsi nei confronti della società e della famiglia. A poco a poco, le capacità mentali basilari vengono perse. Anche se la velocità di progressione può variare, l'aspettativa media di vita dopo la diagnosi è dai tre ai nove anni.

○ **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)**

Malattia neurodegenerativa progressiva del motoneurone – ad eziologia ignota nel 90-95% dei casi ed ereditaria nel 5-10% dei casi – che colpisce selettivamente i motoneuroni, sia centrali sia periferici. È caratterizzata da rigidità muscolare, contrazioni muscolari e graduale debolezza a causa della diminuzione delle dimensioni dei muscoli.

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.

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.3 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 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.
- 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.
- 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.4 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.

Esclusioni operanti in riferimento alle garanzie da B.1 a B.4

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.





Prestazioni gestite da ITAS Mutua per conto di SIA3

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

TERMINI DI PRESENTAZIONE DEL SINISTRO

Il sinistro deve essere aperto con ITAS MUTUA **entro 5 giorni dall'accadimento o da quando il Contraente\Assicurato ne ha avuto la possibilità come stabilito all'art. 19.**

INFORMAZIONI PER LA PRESENTAZIONE

I documenti di spesa devono essere consegnati in originale all'assicurazione. La cartella clinica completa rilasciata dall'Istituto di Cura nel quale è avvenuto il ricovero e/o della documentazione medica può essere presentata in copia o in originale.





C.1 Intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio

In caso di ricovero ospedaliero reso necessario da:

- infortunio o malattia che dia luogo a un "intervento di alta chirurgia", intendendo per tali quelli elencati nell'allegato n°1
- una "grave malattia" anche senza intervento chirurgico, intendendo per tali quelle elencate nell'allegato n°2

L'assicurazione rimborsa fino alla concorrenza della somma di euro 40.000 per persona e per anno assicurativo.

In caso di sinistro risarcibile, la liquidazione prevede uno scoperto del 20% con un minimo di 1.500 € per evento.





Allegato 1. Elenco interventi chirurgici

CRANIO E SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- › Craniotomia per lesioni traumatiche intercerebrali
- › Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- › Cranioplastiche
- › Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- › Interventi per derivazione liquorale diretta od indiretta
- › Operazioni per encefalo meningocele
- › Lobotomia, talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- › Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- › Interventi per epilessia focale
- › Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- › Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- › Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- › Emisferectomia
- › Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- › Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale
- › Vagotomia per via toracica.

FACCIA E BOCCA

- › Plastica per paralisi del nervo facciale
- › Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- › Parotidectomia con conservazione del facciale
- › Asportazione della parotide per

neoplasie maligne

- › Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo
- › Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- › Demolizione dell'osso frontale
- › Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- › Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- › Resezione del mascellare superiore
- › Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- › Trattamento chirurgico e ortopedico di fratture del condilo e dell'ipofisi coronoide mandibolare
- › Trattamento chirurgico e ortopedico di fratture dei mascellari superiori.

COLLO

- › Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

ESOFAGO

- › Interventi per diverticolo all'esofago
- › Resezione dell'esofago cervicale
- › Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo
- › Collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparatomica
- › Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- › Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- › Operazione sull'esofago per stenosi benigne, per tumori.

TORACE

- › Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
- › Intervento sul mediastino per tumori
- › Resezioni segmentarie e lobectomia
- › Pneumectomia
- › Decorticazione polmonare
- › Pleuro pneumectomia
- › Toracectomia
- › Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- › Resezione bronchiale con reimpianto
- › Interventi per fistole bronchiali cutanee
- › Asportazione del timo
- › Toracoplastica totale

CHIRURGIA CARDIACA

- › Pericardiectomia
- › Sutura del cuore per ferite
- › Interventi per corpi estranei del cuore
- › Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici
- › Commissurotomia
- › Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- › Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta
- › Sostituzione valvolare con protesi
- › Infartectomia in fase acuta
- › Resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- › By-pass aorto-coronarico con vena
- › By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- › Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio
- › Impianto di pace-maker epicardico per via toracotomica o frenico-pericardica
- › Asportazione dei tumori endocavitari del cuore

STOMACO E DUODENO

- › Resezione gastrica
- › Gastrectomia totale
- › Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post anastomotica
- › Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- › Cardiomiectomia extramucosa

PERITONEO ED INTESTINO

- › Laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- › Idem con lesioni dell'intestino - resezione intestinale
- › Occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale
- › Resezione del tenue
- › Resezione ileo-cecale
- › Colectomia segmentaria
- › Colectomia totale

RETTO

- › Amputazione del retto per via sacrale
- › Amputazione del retto per via addomino-perineale

FEGATO E VIE BILIARI

- › Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- › Resezione epatica
- › Epatico e coledocotomia
- › Papillotomia per via trans-duodenale
- › Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrotomia, colecisto e enterostomia)

PANCREAS E MILZA

- › Interventi di necrosi acuta del pancreas
- › Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazioni delle cisti; marsupializzazione
- › Interventi per fistole pancreatiche
- › Interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa della coda
- › Splenectomia
- › Anastomosi porta-cava e spleno-renale
- › Anastomosi mesenterica-cava

VASI

- › Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- › Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima
- › Disostruzione by-pass aorta addominale
- › Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
- › Resezione arteriosa con plastica vasale
- › Operazione sull'aorta toracica o sull'aorta addominale.

PEDIATRIA

- › Idrocefalo ipersecretivo
- › Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- › Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- › Atresia dell'esofago

- › Fistola dell'esofago
- › Atresia dell'ano semplice - abbassamento ad domino perineale
- › Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare - abbassamento addomino perineale
- › Eteratoma sacrococcigeo
- › Megauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale
- › Nefrectomia per tumore di Wilms
- › Megacolon - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- › Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- › Disarticolazione interscapolo toracica
- › Emipelvectomy
- › Artroprotesi di anca
- › Endoprotesi di femore
- › Artroprotesi di ginocchio
- › Artroprotesi di gomito
- › Protesi di Thompson
- › Artroprotesi vertebrali anteriori e/o posteriori.

UROLOGIA

- › Intervento per fistola vescico rettale
- › Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- › Ileocisto plastica - colocisto plastica
- › Cistectomia totale
- › Intervento per fistola vescico-intestinale
- › Intervento per estrofia della vescica.

APPARATO GENITALE

- › Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- › Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- › Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- › Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- › Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- › Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- › Cura chirurgica di fistola ureterale
- › Cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- › Metroplastica
- › Pannisterectomia radicale per via addominale
- › Pannisterectomia radicale per via vaginale
- › Eviscerazione pelvica
- › Vulvectomy totale

OCULISTICA

- › Trapianto corneale a tutto spessore
- › Iridocicloretrazione
- › Trabeculectomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- › Chirurgia della sordità otosclerotica
- › Timpanoplastica
- › Chirurgia endoauricolare della vertigine
- › Chirurgia translabirintica della vertigine
- › Decompressione del nervo facciale
- › Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia
- › Resezione del nervo petroso superficiale.

LARINGE

- › Laringectomia orizzontale sopraglottica
- › Laringectomia parziale verticale
- › Laringectomia totale
- › Faringolaringectomia
- › Faringolaringectomia.

SI CONSIDERANO "INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA" ANCHE:

- › il trapianto ed espianto di organi
- › gli interventi che per complessità siano assimilabili e riconducibili agli interventi previsti nell'elenco precedente
- › il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).



Allegato 2. Gravi malattie

INFARTO DEL MIOCARDIO (attacco cardiaco)

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- > ripetuti dolori al torace;
- > cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
- > aumento degli enzimi cardiaci.

CORONAROPATIA (che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche)

Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di Angina Pectoris, incluse le tecniche nonchirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o da angiografia digitalizzata.

ICTUS CEREBRALE (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicano morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenza di deficienza neurologica permanente, T.A.C. o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

PLEGIA

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (superiori o inferiori). La diagnosi deve essere basata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.





Sanità Integrativa Artigianato 3ntino

www.sia3.it