

GUIDA AL PIANO SANITARIO
**Dipendenti
dell'Artigianato
e Familiari**

Edizione
Maggio 2022



Presentazione

La Guida è un utile strumento per accedere alle prestazioni erogate da SAN.ARTI., non sostituisce i Piani sanitari e le condizioni contrattuali delle quali descrive le caratteristiche principali.

Il Piano sanitario è il documento al quale fare riferimento per le prestazioni, le procedure e le condizioni contrattuali.

Questa Guida è rivolta a:

- Lavoratori dipendenti iscritti
- Figli minorenni dei Lavoratori dipendenti iscritti
- Familiari che i Lavoratori dipendenti hanno iscritto

Contiene informazioni e dettagli per richiedere le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate:

- in Autogestione, direttamente da SAN.ARTI.
- da UniSalute per conto di SAN.ARTI.

COS'È SAN.ARTI.

SAN.ARTI. è il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i Lavoratori dell'artigianato, il terzo Fondo in Italia. Non persegue fini di lucro e garantisce agli iscritti assistenza sanitaria e socio sanitaria.

È stato fondato nel 2012 dalle Associazioni imprenditoriali Confartigianato Imprese, CNA, Casartigiani, C.L.A.A.I. e le Organizzazioni sindacali dei lavoratori CGIL, CISL, UIL.

L'ISCRIZIONE AL FONDO

Il datore di lavoro, come previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dell'Artigianato, iscrive il Lavoratore dipendente con contratto a tempo indeterminato o determinato di durata pari o superiore ai 12 mesi e versa mensilmente il contributo a SAN.ARTI.

Il Lavoratore dipendente può così utilizzare le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dal Piano sanitario dei Dipendenti che, dal 2021, è integrato gratuitamente con sette prestazioni per i Figli minorenni.

Il Dipendente può iscrivere il proprio nucleo familiare, coniuge o convivente *more uxorio* e figli, versando la quota di contribuzione annuale. Ai Familiari iscritti sono riservate le prestazioni contenute nel Piano sanitario dei Familiari.

Indice

LAVORATORI DIPENDENTI _____ pag. 3

- Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso _____ pag. 4
- Lenti graduate correttive _____ pag. 5
- Pacchetto Maternità _____ pag. 6
- PMA: Procreazione Medicalmente Assistita _____ pag. 7
- Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o da gravi malattie _____ pag. 8
- Psicoterapia _____ pag. 9
- Fisioterapia - Trattamenti fisioterapici riabilitativi _____ pag. 10
- Ausili e Protesi _____ pag. 11
- Alta specializzazione _____ pag. 12
- Accertamenti diagnostici e visite specialistiche _____ pag. 12
- Odontoiatria _____ pag. 13
- Prevenzione _____ pag. 14
- Ricovero chirurgico e ricovero medico _____ pag. 17
- Neonati _____ pag. 18
- Assistenza alla non autosufficienza _____ pag. 19
- Assistenza per patologie croniche - Servizio Monitor Salute _____ pag. 20
- Prestazioni a tariffe agevolate _____ pag. 20

FIGLI MINORENNI _____ pag. 21

- Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso _____ pag. 22
- Visita specialistica oculistica _____ pag. 22
- Lenti graduate correttive _____ pag. 23
- Visita specialistica ortopedica _____ pag. 24
- Plantari ortopedici e altri ausili/protesi _____ pag. 25
- Indagini genetiche - esami di laboratorio genetico/molecolare _____ pag. 26

- Assistenza alla non autosufficienza _____ pag. 27

FAMILIARI ISCRITTI _____ pag. 29

Figli 0-18 anni _____ pag. 30

- Alta specializzazione _____ pag. 30
- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e psicoterapia _____ pag. 31
- Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi _____ pag. 33
- Ricovero chirurgico e ricovero medico _____ pag. 34
- Odontoiatria _____ pag. 35
- Ortodonzia _____ pag. 36
- Prestazioni a tariffe agevolate _____ pag. 36

Coniuge/convivente *more uxorio* fino a 75 anni

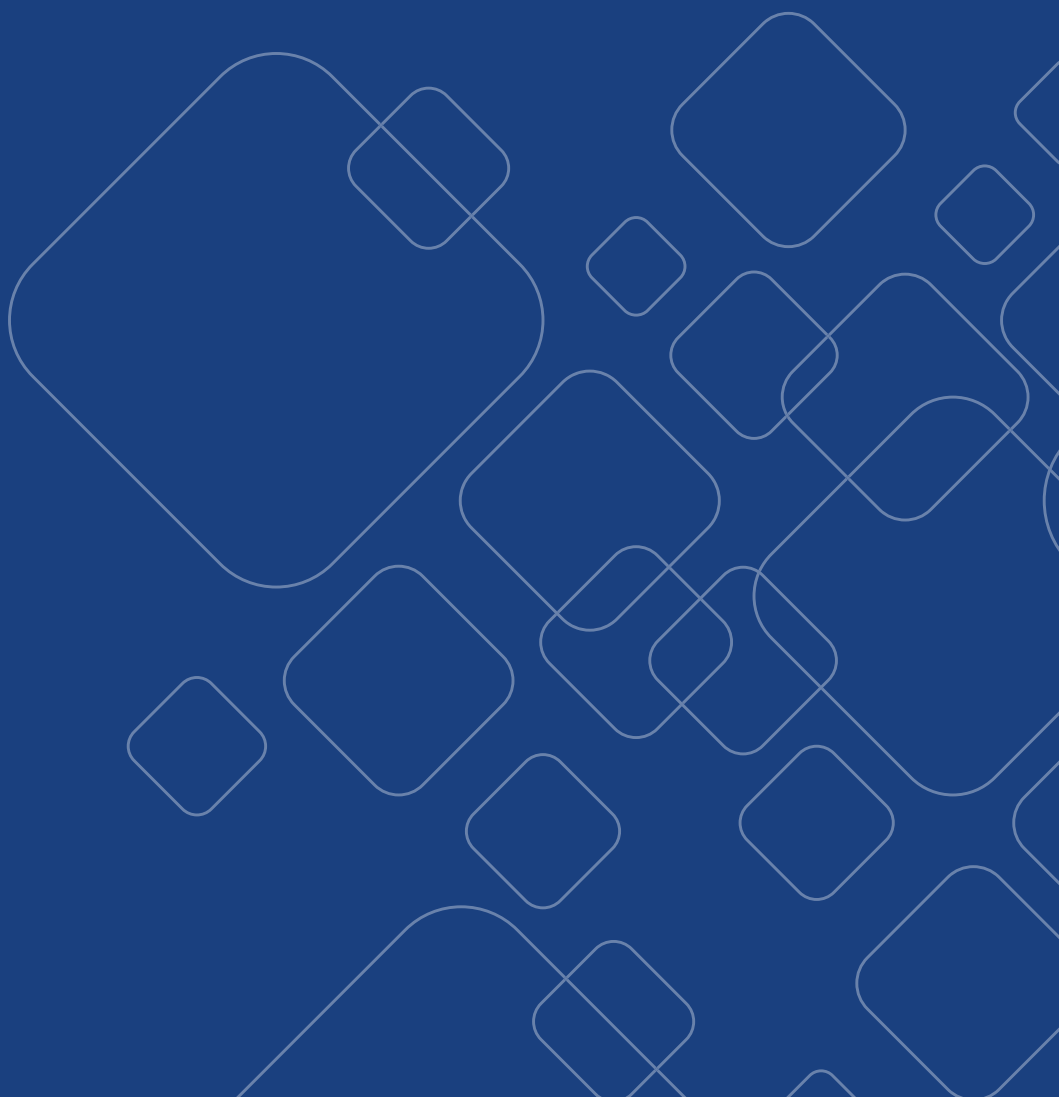
Figli 18-26 anni _____ pag. 37

- Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso _____ pag. 37
- Alta specializzazione _____ pag. 38
- Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e psicoterapia _____ pag. 39
- Pacchetto Maternità _____ pag. 41
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi _____ pag. 42
- Prevenzione cardiovascolare e oncologica _____ pag. 43
- Ricovero chirurgico e ricovero medico _____ pag. 45
- Odontoiatria _____ pag. 47
- Ortodonzia _____ pag. 48
- Prestazioni a tariffe agevolate _____ pag. 48

ISTRUZIONI - ALLEGATI - CAUSE

DI ESCLUSIONE _____ pag. 49

Lavoratori dipendenti





Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

Massimale: 600 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa i Tickets del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e accesso al Pronto Soccorso.
Il rimborso dei Tickets è integrale.

DOCUMENTAZIONE

Fattura/ricevuta/scontrino parlante di pagamento del Ticket del SSN che deve riportare il tuo nome, cognome e Codice Fiscale, ragione sociale, partita IVA e città della struttura sanitaria, il tipo di prestazione effettuata e l'importo pagato.

Per chiedere il rimborso di più Tickets del SSN inserisci tutte le fatture/ricevute in una sola pratica. È facile e veloce: basta cliccare sul pulsante "continua" dopo aver caricato la prima.

Prima della visita o dell'accertamento diagnostico fai una fotocopia, una scansione o una fotografia con il cellulare dell'impegnativa per inserirla nella richiesta di rimborso.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta/scontrino parlante, purché in quella data tu sia in regolare copertura.



Lenti graduate correttive

Massimale: 200 € su singolo documento di spesa, ogni 24 mesi con franchigia a tuo carico di 50 €

SAN.ARTI. rimborsa le spese per l'acquisto di qualsiasi tipo di lenti graduate correttive della vista:

- lenti graduate correttive per occhiali
- lenti a contatto graduate correttive anche del tipo usa e getta.

Altre spese, ad esempio la montatura, non sono rimborsabili.

Il rimborso avviene su una singola fattura o scontrino parlante. L'acquisto delle lenti, anche multiplo, deve essere contenuto in un unico documento di spesa.

Per richiedere un nuovo rimborso:

- devono essere trascorsi 24 mesi tra la data della fattura/scontrino parlante già rimborsato e la data di emissione del nuovo documento di spesa
- deve essere intervenuta una modifica del visus rispetto alla misurazione precedente.

DOCUMENTAZIONE

Prescrizione delle lenti

Alla prima richiesta di rimborso occorre allegare obbligatoriamente la prescrizione delle lenti rilasciata da un medico oculista.

Dalla seconda richiesta di rimborso puoi allegare la prescrizione delle lenti rilasciata dall'oculista o la certificazione dell'ottico con l'indicazione della modifica del visus.

La prescrizione/certificazione deve contenere, in modo leggibile:

- timbro e la firma del professionista
- il tuo nome e cognome
- il visus con sistema TABO, cioè la correzione della vista da apportare con le lenti
- la data di rilascio.

Tra la data di rilascio della prescrizione o della certificazione e quella di acquisto delle lenti non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Documento di spesa

Alla richiesta di rimborso occorre allegare fattura o scontrino parlante emessi in Italia con:

- il tuo nome, cognome e Codice Fiscale
- il dettaglio degli importi pagati per le lenti graduate correttive, la montatura, la lavorazione o altro. Non sono ammesse fatture o scontrini parlanti contenenti diciture generiche del tipo: "occhiale da vista completo di lenti".

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta/scontrino parlante, purché in quella data tu sia in regolare copertura.



Pacchetto Maternità

Massimale: 1.300 € per evento

(Per evento si intende la nascita o l'aborto)

SAN.ARTI. rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni inerenti alla gravidanza:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico, che diventano 6 in caso di gravidanza a rischio certificata
- ecografie, morfologica e 3D comprese
- analisi clinico chimiche, come ad es. emocromo, glicemia, Bi-test, test del DNA fetale, ecc.
- amniocentesi e villocentesi se hai compiuto 35 anni; prima dei 35 anni solo in caso di malformazioni ereditarie o patologie sospette opportunamente certificate.

Riconosce una diaria o indennità:

- di parto/aborto in caso di ricovero con pernottamento, con un sottomassimale di 80 € per un massimo di 5 giorni
- di parto in casa, con un sottomassimale di 80 € per un massimo di 2 giorni.

In caso di aborto terapeutico o spontaneo vengono riconosciute le medesime prestazioni specialistiche, diagnostiche e la diaria o indennità per ricovero.

DOCUMENTAZIONE

La domanda di rimborso deve essere presentata a evento avvenuto allegando in un'unica pratica:

- certificato di gravidanza o di gravidanza a rischio
- documenti di spesa - fatture o ricevute - inerenti alla gravidanza
- lettera o certificato di dimissioni rilasciata dalla struttura sanitaria a seguito del ricovero per il parto/aborto, oppure la cartella ostetrica del parto in casa.

Conserva tutta la documentazione e invia la richiesta di rimborso solo a evento avvenuto.

I documenti di spesa devono essere emessi nel periodo di gravidanza. Sono rimborsate le fatture/ricevute entro un anno dalla data di emissione, purché in quella data tu sia in regolare copertura; se richiedi la diaria o l'indennità di parto/aborto devi essere in copertura alla data dell'evento.



PMA: Procreazione Medicalmente Assistita

Massimale: 1.000 € per tentativo fino a un massimo di tre tentativi

SAN.ARTI. rimborsa le spese relative alla PMA, la Procreazione Medicalmente Assistita, se è certificato il trasferimento degli embrioni o l'inseminazione intrauterina:

- alla Lavoratrice dipendente da 18 a 45 anni di età
- al Lavoratore dipendente che richiede la prestazione per la coniuge/convivente *more uxorio* che abbia da 18 a 45 anni di età.

Sono ammesse le spese sostenute per:

- i trattamenti farmacologici per l'induzione della crescita follicolare multipla e i relativi monitoraggi ecografici
- le prestazioni medico-chirurgiche riferite alla tecnica della PMA: prelievo degli ovociti e trasferimento degli embrioni o inseminazione intrauterina.

Sono rimborsati i documenti di spesa:

- emessi in Italia: l'intero percorso deve essere svolto nel territorio italiano
- intestati all'Iscritta o alla coniuge/convivente *more uxorio* dell'Isritto.

DOCUMENTAZIONE

La richiesta di rimborso deve contenere:

- piano terapeutico e prescrizione del medico curante solo se richiedi il rimborso dei farmaci attinenti alla PMA
- scontrini fiscali parlanti, ricevute e/o fatture con l'indicazione del farmaco acquistato e/o della prestazione sanitaria effettuata
- certificato della struttura sanitaria o del medico ginecologo con la data di esecuzione del trasferimento degli embrioni o dell'inseminazione intrauterina.

Se richiedi il rimborso delle spese sostenute dalla tua coniuge/convivente *more uxorio* occorre inoltre:

- il suo Codice Fiscale
- lo stato di famiglia alla data di inizio del percorso della PMA
- il consenso al trattamento dei dati personali firmato dalla coniuge/convivente *more uxorio*.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa entro un anno dall'emissione purché l'Isritta/o in quella data sia in regolare copertura.



Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o da gravi malattie

Massimale: 7.000 € una tantum

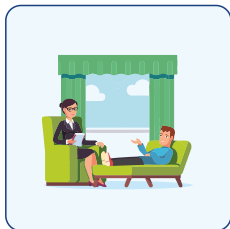
SAN.ARTI. rimborsa le spese per prestazioni sanitarie e/o per servizi di assistenza, come ad esempio badanti e infermieri, se la grave inabilità è causata da:

- infortunio sul lavoro con invalidità permanente superiore al 50%, secondo la tabella di riferimento Inail, come conseguenza diretta dell'infortunio
- una di queste gravi malattie:
 - fibrosi cistica
 - ictus
 - ischemia delle arterie vertebrali
 - paralisi
 - sclerosi multipla
 - trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo spinale o pancreas.

DOCUMENTAZIONE

- In caso di infortunio sul lavoro: certificato di Pronto Soccorso e della certificazione Inail con l'indicazione del grado di invalidità.
- Se la grave inabilità è causata da una delle malattie sopra elencate: certificato attestante la patologia rilasciato da una struttura sanitaria pubblica.
- In entrambi i casi, infortunio sul lavoro o grave malattia: fatture riguardanti le spese sostenute e attinenti alla grave inabilità. Quali:
 - le spese per un infermiere o un fisioterapista
 - il prospetto di busta paga con le relative ricevute dei pagamenti dei contributi INPS per i servizi di assistenza o di un/una badante.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa entro un anno dall'emissione purché in quella data tu sia in regolare copertura.



Psicoterapia

Massimale: 750 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa le spese che sostieni per sedute di psicoterapia.

Puoi ottenere il rimborso se prima delle sedute un medico psichiatra o un medico psicologo clinico ti ha diagnosticato una di queste patologie:

- abuso di sostanze
- disturbi maniacali
- comportamenti compulsivi
- disturbi ossessivi
- depressione
- fobie
- disturbi del comportamento alimentare
- gioco compulsivo

Per le sedute di psicoterapia effettuate con il Servizio Sanitario Nazionale SAN.ARTI. rimborsa i Tickets sanitari.

Sono rimborsate solo le sedute condotte da psicoterapeuti iscritti all'Albo, nei limiti del massimale annuo.

Il Fondo non rimborsa le spese sostenute per colloqui con psicologi, counsellors o percorsi di coaching o similari: sono ammesse solo sedute di psicoterapia con psicoterapeuti.

DOCUMENTAZIONE

- certificato del medico psichiatra o del medico psicologo clinico con la diagnosi di una delle patologie in elenco
- fattura delle sedute di psicoterapia
- certificato di iscrizione dello psicoterapeuta all'Albo degli psicoterapeuti.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa con data dal 1° gennaio 2022 e fino ad un anno dall'emissione, purché tu in quella data sia in regolare copertura.



Fisioterapia - Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Massimale: 600 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa i costi per i trattamenti fisioterapici riabilitativi nel caso di:

- infortunio certificato dal Pronto Soccorso
- una delle seguenti patologie:
 - cardiopatie temporaneamente invalidanti
 - forme neurologiche degenerative o neuro-miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, morbo di Parkinson, sclerosi multipla e malattie progressive, fin quando sia possibile l'attività lavorativa
 - fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti
 - ictus cerebrale
 - interventi chirurgici cruenti e demolitivi quali, solo a titolo esemplificativo, osteosintesi, osteotomia, rimozione di tumori importanti quali mastectomia, prostatectomia, tumori ossei
 - protesizzazione degli arti.

Per verificare l'effettiva copertura della patologia contattare l'Ufficio Prestazioni in Autogestione di SAN.ARTI.

I trattamenti di fisioterapia devono essere effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere riportato nel documento di spesa. Puoi rivolgerti a strutture e professionisti privati oppure al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

SAN.ARTI. rimborsa il costo sostenuto senza l'applicazione di scoperto o franchigia, nei limiti del massimale annuo.

Non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico o fisioterapico.

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione del medico di medicina generale o specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia diagnosticata
- certificato del Pronto Soccorso solo in caso di infortunio
- documenti di spesa.

Tra la data della prescrizione medica e quella di emissione dei documenti di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse al rimborso le fatture con data dal 1° gennaio 2022 e fino a un anno dall'emissione, purché tu in quella data sia in regolare copertura.



Ausili e Protesi

Massimale: 250 € una tantum

SAN.ARTI. rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di questi ausili o protesi:

- apparecchi ortopedici per arto inferiore
- apparecchi ortopedici per arto superiore
- corsetto ortopedico
- ginocchiera articolata post intervento chirurgico
- ortesi spinali
- plantari ortopedici solo per: Neuroma di Morton, alluce valgo, spina calcaneare
- protesi acustica mono o bilaterale
- stampelle.

Per ottenere il rimborso l'acquisto deve essere effettuato su prescrizione di un medico specialista nel campo e presso un fornitore autorizzato.

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione rilasciata da un medico specialista nel campo (ad esempio la protesi acustica dall'otorino, gli altri ausili o protesi dall'ortopedico)
- fattura emessa da fornitore autorizzato (ortopedia, sanitaria, ecc.).

Tra la data della prescrizione medica e quella del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse al rimborso le fatture con data dal 1° gennaio 2022 e fino a un anno dall'emissione, purché tu in quella data sia in regolare copertura.

Prestazioni Assicurate - erogate da UniSalute per conto di SAN.ARTI.

Alta specializzazione

Massimale: 10.000 € l'anno per le prestazioni di alta specializzazione comprese nell'elenco dell'allegato C)

Per le endoscopie operative è previsto un sottomassimale di 2.000 € l'anno

Con SAN.ARTI. hai la possibilità di eseguire prestazioni di alta specializzazione tra quelle elencate nell'allegato C) a pag. 62 utilizzando le strutture convenzionate con UniSalute.

SAN.ARTI. sostiene direttamente il costo della prestazione tramite la compagnia assicuratrice; resta a tuo carico il versamento di una franchigia di 10 €.

- *Come richiedere l'autorizzazione preventiva a UniSalute*
- *Cosa fare in caso di zone senza strutture convenzionate.*

vai a pag. 54 

DOCUMENTAZIONE

Richiesta del medico, impegnativa o ricetta bianca, con l'indicazione della patologia presunta o accertata o il quesito diagnostico. Non sono previsti dal Piano sanitario accertamenti prescritti per "controllo" o "prevenzione".

I costi degli accertamenti non autorizzati preventivamente da UniSalute rimangono interamente a tuo carico.

Accertamenti diagnostici e visite specialistiche

Massimale complessivo per gli accertamenti diagnostici e le visite mediche specialistiche: 1.500 € l'anno

Con SAN.ARTI. puoi effettuare gli accertamenti diagnostici non contenuti nell'elenco "Prestazioni di alta specializzazione" a pag. 62 e le visite specialistiche nelle strutture convenzionate con UniSalute. SAN.ARTI. sostiene direttamente il costo della prestazione tramite la compagnia assicuratrice:

- per ogni accertamento diagnostico resta a tuo carico il versamento di una franchigia di 30 €
- per esami del sangue/di laboratorio la franchigia di 30 € è applicata per ogni prelievo
- per ogni visita specialistica resta a tuo carico il versamento di una franchigia di 10 €.

- *Come richiedere l'autorizzazione preventiva a UniSalute*
- *Cosa fare in caso di zone senza strutture convenzionate.*

vai a pag. 54 

DOCUMENTAZIONE

Richiesta del medico, impegnativa o ricetta bianca, con l'indicazione della patologia presunta o accertata o il quesito diagnostico.

Non sono previsti dal Piano sanitario visite e accertamenti prescritti per "controllo" o "prevenzione".

I costi delle prestazioni non autorizzate preventivamente da UniSalute rimangono interamente a tuo carico.

Odontoiatria

Con SAN.ARTI. puoi usufruire di: prestazioni odontoiatriche particolari, implantologia, avulsioni, cure conservative.

L'implantologia, le avulsioni e le cure conservative devono essere effettuate presso le strutture convenzionate con UniSalute.

Come richiedere l'autorizzazione preventiva a UniSalute

vai a pag. 54 

Per le prestazioni odontoiatriche particolari puoi rivolgerti alle strutture convenzionate con UniSalute oppure alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In questo caso UniSalute, per conto del Fondo, rimborsa il costo del Ticket sanitario.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

Prestazione gratuita

- Una visita specialistica odontoiatrica l'anno
- due sedute d'igiene orale professionale l'anno.

Sono escluse ulteriori prestazioni quali, ad esempio: la fluorazione, la levigatura delle radici e dei solchi, ecc.

IMPLANTOLOGIA

Massimale: 3.200 € l'anno

SAN.ARTI. copre le spese fino a 800 € a impianto per un massimo di 4 impianti l'anno contenuti in un unico piano di cura, compresa l'estrazione, il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il definitivo.

DOCUMENTAZIONE

La struttura sanitaria convenzionata deve fornire ad UniSalute le radiografie precedenti e successive all'installazione dell'impianto.

AVULSIONE FINO A UN MASSIMO DI 4 DENTI

Prestazione gratuita

Con SAN.ARTI. puoi eseguire gratuitamente l'avulsione, cioè l'estrazione, fino a un massimo di 4 denti l'anno per i denti del giudizio non tollerati, avulsioni semplici e avulsioni complesse.

DOCUMENTAZIONE

La struttura sanitaria convenzionata deve fornire ad UniSalute le radiografie precedenti e successive all'estrazione.

CURE CONSERVATIVE

Massimale: 250 € l'anno

SAN.ARTI. sostiene le spese per le cure odontoiatriche conservative quali, ad esempio, otturazioni, devitalizzazioni, ricostruzioni, ecc.

L'implantologia, le avulsioni e le cure conservative devono essere effettuate presso le strutture convenzionate con UniSalute; la richiesta della autorizzazione viene inoltrata direttamente dal dentista convenzionato alla compagnia assicuratrice.

I costi per le prestazioni di odontoiatria non autorizzate preventivamente da UniSalute rimangono interamente a tuo carico.

Prevenzione

Con SAN.ARTI. hai a disposizione due tipologie di pacchetti di prevenzione **gratuiti**, da effettuare solo presso le **strutture convenzionate** UniSalute.

- **Pacchetto A. Prevenzione medico guidata biennale**
- **Pacchetti B. Prevenzione specifica specialistica annuale**

Ogni pacchetto prevenzione è composto da sottopacchetti, ognuno con accertamenti diagnostici specifici. Puoi:

- richiedere tutte le prestazioni comprese in ciascun pacchetto o nei singoli sottopacchetti fino al raggiungimento del massimale per la prevenzione biennale o fino all'esaurimento dei sottopacchetti per ogni singola prevenzione specialistica annuale
- prenotare i sottopacchetti presso la stessa struttura sanitaria o in strutture diverse, nella stessa provincia o in province diverse.

Non occorre la prescrizione medica, è necessaria solo per la mammografia.

L'autorizzazione a UniSalute va richiesta per ogni sottopacchetto.

Come richiedere l'autorizzazione preventiva a UniSalute

vai a pag. 54 

PACCHETTO A. PREVENZIONE MEDICO GUIDATA BIENNALE

Massimale: gratuita fino a 300 € ogni due anni

SAN.ARTI. offre, **una volta ogni due anni**, un pacchetto prevenzione per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici non ancora conclamati, in particolar modo per chi abbia sviluppato casi di familiarità.

La prevenzione medico guidata comprende questi **sottopacchetti**/accertamenti diagnostici:

- **prevenzione internistica:** visita medico-internistica
- **prevenzione patologie della tiroide:** TSH reflex
- **esami ematici e delle urine:** ALT, AST, azotemia, calcio, colesterolo totale, creatinina, emocromo, esame urine, fosforo, gamma GT, glicemia, LDL e HDL, magnesio, PCR, potassio, sodio, trigliceridi e uricemia.

Puoi usufruire di uno o più sottopacchetti presso un'unica struttura convenzionata, oppure di uno o più sottopacchetti presso più strutture convenzionate, anche fuori provincia.

Solo se non sono presenti strutture convenzionate entro un raggio di 30 km dalla tua residenza e/o domicilio, potrai avvalerti di strutture non convenzionate, sempre previa autorizzazione di UniSalute che, per conto di SAN.ARTI., ti rimborsa le spese fino al massimale di 300 €.

PACCHETTI B. PREVENZIONE SPECIFICA SPECIALISTICA

Ogni anno puoi scegliere uno tra i 4 pacchetti di prevenzione specifica specialistica compresi nel tuo Piano sanitario. L'anno seguente puoi scegliere lo stesso pacchetto o uno diverso.

Puoi usufruire di uno o più sottopacchetti presso un'unica struttura convenzionata, oppure presso più strutture convenzionate, anche fuori provincia.

B.1. Prevenzione cardiovascolare

La prevenzione cardiovascolare comprende questi **sottopacchetti**/accertamenti diagnostici:

- **esami ematici e prevenzione cardiovascolare:** azotemia, colesterolo totale e Hdl, creatininemia, ecg basale, esame emocromocitometrico, glicemia, omocisteina, trigliceridi, VES e visita specialistica cardiologica
- **prevenzione cardiovascolare specifica:** ecg da sforzo

Solo se non sono presenti strutture convenzionate entro un raggio di 30 km dalla tua residenza e/o domicilio, potrai avvalerti di strutture non convenzionate, sempre previa autorizzazione di UniSalute che, per conto di SAN.ARTI., ti rimborsa le spese fino al massimale di 170 €.

B.2. Prevenzione oncologica

B.2.1. Prevenzione oncologica femminile

Il pacchetto prevenzione comprende questi **sottopacchetti**/accertamenti diagnostici:

- **esami ematici (diagnostica ematochimica) ed esami urine:** ca 125, esame emocromocitometrico, esame urine e VES
- **prevenzione ginecologica:** visita ginecologica e pap test
- **prevenzione ginecologica specifica:** ecografia dell'apparato genitale femminile per via transvaginale
- **prevenzione senologica:** visita senologica
- **prevenzione senologica, dai 40 anni di età:** esame mammografico bilaterale (solo con prescrizione medica).

B.2.2. Prevenzione oncologica maschile

Il pacchetto prevenzione prevede questi **sottopacchetti**/accertamenti diagnostici:

- **esami ematici (diagnostica ematochimica) ed esami urine:** esame emocromocitometrico, esame urine e dosaggio Psa, dai 40 anni di età, VES

- **prevenzione oncologica specifica:** visita specialistica urologica ed ecografia prostatica vescicale transrettale.

Solo se non sono presenti strutture convenzionate entro un raggio di 30 km dalla tua residenza e/o domicilio, potrai avvalerti di strutture non convenzionate, sempre previa autorizzazione di UniSalute che, per conto di SAN.ARTI, ti rimborsa le spese fino al massimale di 140 €.

B.3. Prevenzione dermatologica

Il pacchetto comprende questi **sottopacchetti**/accertamenti diagnostici:

- **prevenzione dermatologica:** visita specialistica dermatologica
- **prevenzione dermatologica specifica:** mappatura dei nei in epiluminescenza.

Solo se non sono presenti strutture convenzionate entro un raggio di 30 km dalla tua residenza e/o domicilio, potrai avvalerti di strutture non convenzionate, sempre previa autorizzazione di UniSalute che, per conto di SAN.ARTI, ti rimborsa le spese fino al massimale di 100 €.

B.4. Prevenzione oculistica

Il pacchetto comprende questi **sottopacchetti**/accertamenti diagnostici:

- **prevenzione oculistica:** visita specialistica oculistica
- **prevenzione oculistica specifica:** campimetria, fotografia fundus oculi, tonometria con rilascio di certificazione.

Solo se non sono presenti strutture convenzionate entro un raggio di 30 km dalla tua residenza e/o domicilio, potrai avvalerti di strutture non convenzionate, sempre previa autorizzazione di UniSalute che, per conto di SAN.ARTI, ti rimborsa le spese fino al massimale di 80 €.

Ricovero chirurgico e ricovero medico

Massimale complessivo: 120.000 € l'anno

SAN.ARTI, tramite UniSalute sostiene le spese per:

- **ricovero chirurgico**, se devi sottoporerti ad un intervento chirurgico tra quelli compresi nell'elenco dell'allegato A) a pag. 60
- **ricovero medico**, se devi ricoverarti a seguito di una delle patologie di importanza rilevante compresa nell'elenco dell'allegato B) a pag. 62.

Puoi rivolgerti a:

- strutture convenzionate e medici convenzionati con UniSalute per conto di SAN.ARTI.
Per l'attivazione della garanzia devono essere convenzionati sia i medici che le strutture sanitarie.
- strutture sanitarie private non convenzionate solo nel caso in cui nella tua provincia non ci siano strutture convenzionate con UniSalute per conto di SAN.ARTI., entro i limiti di polizza descritti a pag. 55
Devi contattare preventivamente la Centrale Operativa UniSalute al Numero Verde dedicato, istruzioni a pag. 52
- strutture pubbliche del SSN, in questo caso UniSalute rimborsa le spese inerenti al ricovero che hai sostenuto e riconosce una indennità sostitutiva o diaria come descritto a pag. 55.

Il ricovero è considerato fino a 25 giorni di pernottamento come fase di acuzie, dal 26° giorno come ricovero in lungodegenza, entro i limiti di polizza.

RICOVERO CHIRURGICO

In caso di ricovero con UniSalute le spese sostenute direttamente o rimborsate dalla compagnia assicuratrice per conto di SAN.ARTI. sono:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 60 giorni precedenti al ricovero inerenti alla malattia o all'infortunio che lo ha reso necessario
- l'intervento chirurgico: onorari del personale medico, diritti di sala operatoria, materiali, protesi ed endoprotesi
- l'assistenza medica, medicinali e cure durante il periodo di ricovero
- la retta di degenza
- la retta di vitto e di pernottamento nell'Istituto di cura o in albergo per un accompagnatore
- l'assistenza infermieristica privata individuale
- le spese sostenute nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura, purché rese necessarie dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Per i dettagli e i limiti di polizza per ciascuna delle voci elencate vai a pagina 55.

Intervento chirurgico Day-surgery

SAN.ARTI. sostiene le spese per effettuare un intervento chirurgico Day-surgery presente nell'elenco dell'allegato A) (v. pag. 60) con le stesse modalità descritte per il ricovero con intervento chirurgico e per il trasporto sanitario.

RICOVERO MEDICO PER PATOLOGIA

In caso di ricovero con UniSalute le spese sostenute direttamente o rimborsate dalla compagnia assicuratrice per conto di SAN.ARTI. sono:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 60 giorni precedenti al ricovero inerenti alla malattia o all'infortunio che lo ha reso necessario
- l'assistenza medica, medicinali e cure durante il periodo di ricovero
- la retta di degenza
- la retta di vitto e di pernottamento nell'Istituto di cura o in albergo per un accompagnatore
- l'assistenza infermieristica privata individuale
- le spese sostenute nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura, purché rese necessarie dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Per i dettagli e i limiti di polizza per ciascuna delle voci elencate vai a pagina 57.

Ricovero medico in Day-hospital

Se devi effettuare un ricovero medico in Day-hospital per una patologia presente nell'elenco dell'allegato B) (v. pag. 62) SAN.ARTI. sostiene le stesse spese previste per il ricovero medico e per il trasporto sanitario.

Non vengono riconosciute le spese per visite specialistiche, analisi cliniche e esami strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

TRASPORTO SANITARIO

Sottomassimale: 1.500 €

SAN.ARTI., tramite UniSalute, rimborsa il costo per il trasporto in ambulanza con unità coronarica mobile e con aereo/elicottero sanitario all'Istituto di cura, il trasferimento da un Istituto di cura a un altro e il rientro alla propria abitazione in caso di ricovero per intervento chirurgico compreso nell'allegato A) e per patologia rilevante presente nell'allegato B). Il rimborso è previsto nel caso di ricovero presso le strutture private convenzionate con UniSalute o non convenzionate laddove ammesso.

Neonati

Massimale: 25.000 € l'anno per neonato

SAN.ARTI., tramite UniSalute, si fa carico di pagare le spese per gli interventi effettuati nei primi tre anni di vita del tuo bambino per la correzione di malformazioni congenite diagnosticate nel primo anno di vita.

SAN.ARTI., oltre agli interventi, provvede al pagamento delle visite, degli accertamenti diagnostici pre e post intervento, del vitto e del pernottamento di un accompagnatore nell'Istituto di cura o in albergo per il periodo del ricovero.

Le spese per l'intervento del bambino sono sostenute anche se ti rivolgi a strutture e/o a medici non convenzionati con UniSalute.

Assistenza alla non autosufficienza

Massimale: 500 € al mese per un massimo di 12 mesi una tantum

SAN.ARTI., tramite UniSalute, garantisce i servizi di assistenza domiciliare in caso di non autosufficienza che comporta l'impossibilità di deambulazione autonoma.

L'impossibilità di deambulazione deve essere certificata da una struttura pubblica.

I servizi di assistenza sono curati da un Case manager di UniSalute, infermiere specializzato nella gestione della non autosufficienza.

Le prestazioni domiciliari possono essere erogate:

- da strutture convenzionate con UniSalute: le spese vengono sostenute dalla compagnia assicuratrice per conto di SAN.ARTI. senza l'applicazione di scoperto o franchigia
- da strutture sanitarie non convenzionate: le spese vengono rimborsate senza l'applicazione di scoperto o franchigia
- dal Servizio Sanitario Nazionale: le spese sostenute per i Tickets vengono rimborsate integralmente.

Sono **esclusi i casi di non deambulazione dovuti a**: ictus, ischemia delle arterie vertebrali, fibrosi cistica, paralisi, sclerosi multipla, trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo spinale o pancreas.

Pericasi di esclusione sopra elencati può richiedere la prestazione "Grave inabilità" erogata direttamente da SAN.ARTI. in Autogestione (v. pag. 8).

DOCUMENTAZIONE

- Certificato di impossibilità alla deambulazione autonoma rilasciato da una struttura pubblica
- prescrizione del medico curante
- fatture e/o Tickets con l'indicazione delle prestazioni effettuate.

Assistenza per patologie croniche - Servizio Monitor Salute

Massimale: 300 € l'anno per patologia

Se hai compiuto 50 anni e hai una delle seguenti malattie croniche:

- diabete
- ipertensione
- broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

puoi accedere al servizio gratuito di monitoraggio a distanza dei valori clinici: il telemonitoraggio della cronicità.

Compila il questionario e invia la documentazione; se possiedi i requisiti per entrare nel programma ricevi:

- il kit di dispositivi medici per monitorare la patologia cronica
- una telefonata per guidarti nell'attivazione dei dispositivi.

Il programma prevede visite specialistiche e accertamenti diagnostici che riguardano la patologia cronica. Per accedere alle prestazioni devi avere la prescrizione medica con l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia cronica; è la stessa documentazione da inviare quando compili il questionario.

Se ti rivolgi a strutture convenzionate con UniSalute, le spese vengono liquidate direttamente dalla compagnia assicuratrice per conto di SAN.ARTI.

Prestazioni a tariffe agevolate

Il costo della tariffa agevolata rimane completamente a tuo carico

Se ti rivolgi al Servizio Sanitario Nazionale vengono integralmente rimborsati i costi sostenuti per i Tickets.

Per informazioni sul servizio di telemonitoraggio della cronicità puoi chiamare il Numero Verde 800-244262. Se hai un problema tecnico con il kit, il Numero Verde 800-169009.

È possibile rivolgersi alle strutture convenzionate chiedendo l'applicazione di un tariffario scontato quando:

- le prestazioni sanitarie di cui hai bisogno non rientrano nel Piano sanitario
- hai superato il massimale previsto per la prestazione che ti interessa
- l'importo da pagare è inferiore a quanto previsto nel Piano sanitario, perciò rimane totalmente a tuo carico
- la franchigia è superiore all'importo che devi pagare.

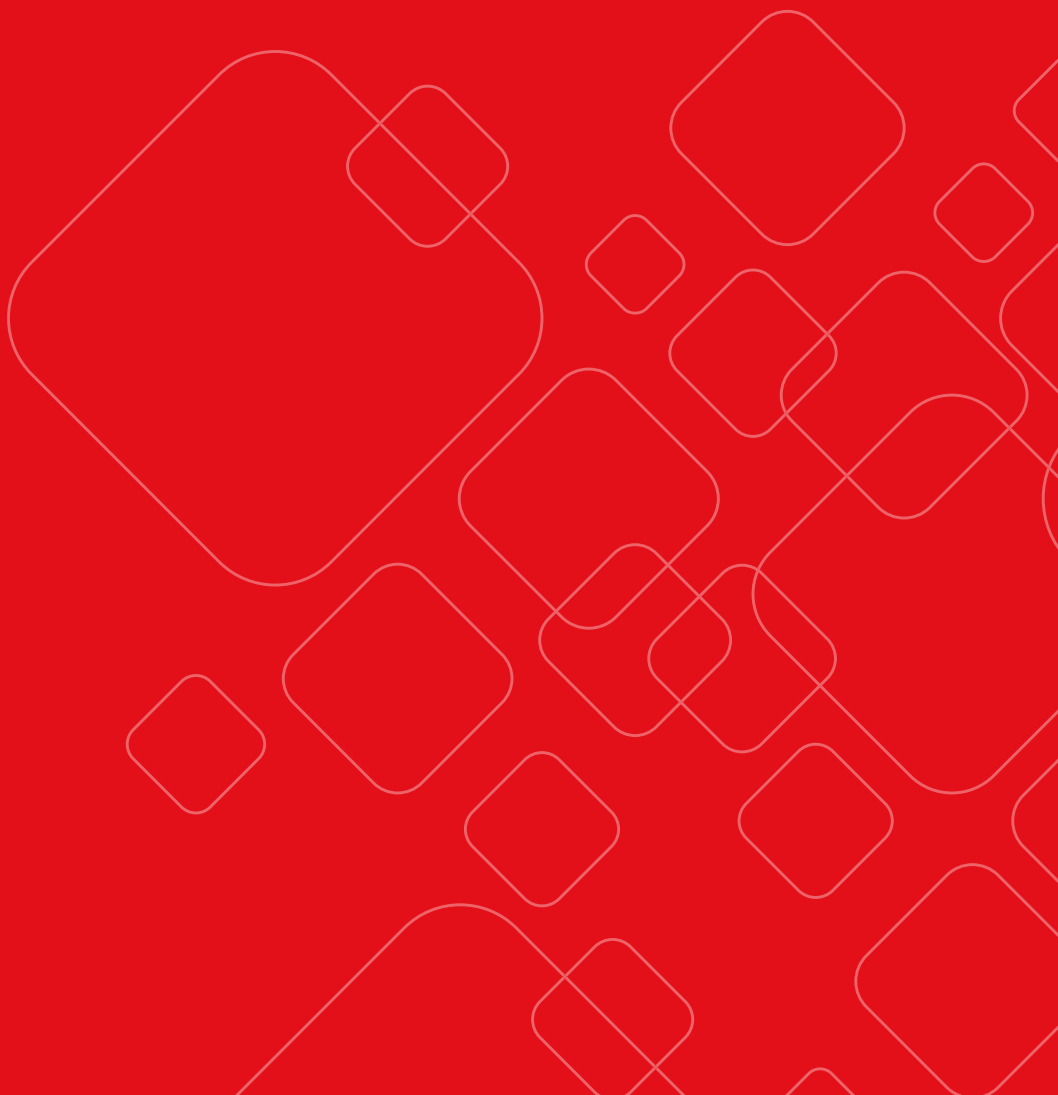
Come richiedere l'autorizzazione preventiva a UniSalute

vai a pag. 54



Figli minorenni

Il Piano sanitario dei Lavoratori dipendenti è integrato gratuitamente con alcune prestazioni riservate ai Figli minorenni ed erogate in Autogestione direttamente da SAN.ARTI.





Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

Massimale: 600 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa i Tickets del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e accesso al Pronto Soccorso. Il rimborso dei Tickets è integrale.

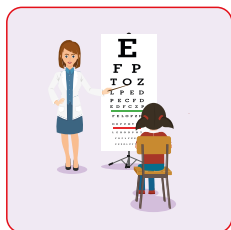
DOCUMENTAZIONE

Fattura/ricevuta di pagamento del Ticket del SSN che deve riportare il nome, cognome e Codice Fiscale del Figlio minorenni, ragione sociale, partita IVA e città della struttura sanitaria, il tipo di prestazione effettuata e l'importo pagato.

Per chiedere il rimborso di più Tickets del SSN inserisci tutte le fatture/ricevute in una sola pratica. È facile e veloce: basta cliccare sul pulsante "continua" dopo aver caricato la prima.

Prima della visita o dell'accertamento diagnostico fai una fotocopia, una scansione o una fotografia con il cellulare dell'impegnativa per inserirla nella richiesta di rimborso.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Caponucleo iscritto sia in regolare copertura.



Visita specialistica oculistica

Massimale: 70 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa il costo sostenuto per una visita oculistica l'anno, effettuata presso qualsiasi struttura sanitaria privata, scelta liberamente o rivolgendosi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il rimborso massimo è di 70 €, con uno scoperto del 25% che resta a tuo carico. Nel caso di pagamento del Ticket del SSN il rimborso è integrale.

► **ESEMPIO**

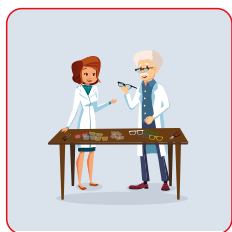
Fattura di 110 €, rimborso di 70 €

Fattura di 80 €, rimborso di 60 € (80 € - 20 € di scoperto, pari al 25% dell'importo totale della fattura che resta a tuo carico)

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica oculistica
- documento di spesa della visita oculistica intestato al Figlio minorenni.

Tra la data della prescrizione medica e quella del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi. Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purchè in quella data il Caponuccio iscritto sia in regolare copertura.



Lenti graduate correttive

Massimale: 200 € ogni 24 mesi, su singolo documento di spesa con franchigia di 50 €

SAN.ARTI. rimborsa le spese per l'acquisto di qualsiasi tipo di lenti graduate correttive della vista:

- lenti graduate correttive per occhiali
- lenti a contatto graduate correttive anche del tipo usa e getta.

Altre spese, ad esempio la montatura, non sono ammesse a rimborso.

Il rimborso avviene su una singola fattura o scontrino parlante. L'acquisto delle lenti, anche multiplo, deve essere contenuto in un unico documento di spesa.

Per richiedere un nuovo rimborso:

- devono essere trascorsi 24 mesi tra la data della fattura/scontrino parlante già rimborsato e la data di emissione del nuovo documento di spesa
- deve essere intervenuta una modifica del visus rispetto alla misurazione precedente.

DOCUMENTAZIONE

Prescrizione delle lenti

Alla prima richiesta di rimborso occorre allegare obbligatoriamente la prescrizione delle lenti rilasciata da un medico oculista.

Dalla seconda richiesta di rimborso puoi allegare la prescrizione delle lenti rilasciata dall'oculista o la certificazione dell'ottico con l'indicazione della modifica del visus.

La prescrizione/certificazione deve contenere, in modo leggibile:

- timbro e firma del professionista
- nome e cognome del Figlio minorenni
- il visus con sistema TABO, cioè la correzione della vista da apportare con le lenti
- la data di rilascio.

Tra la data di rilascio della prescrizione o della certificazione e quella di acquisto delle lenti non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Documento di spesa

Alla richiesta di rimborso occorre allegare fattura o scontrino parlante emessi in Italia con:

- il nome, cognome e Codice Fiscale del Figlio minorenni
- il dettaglio degli importi pagati per le lenti graduate correttive, la montatura, la lavorazione o altro. Non sono ammesse fatture o scontrini parlanti con diciture generiche del tipo: "occhiale da vista completo di lenti".

È ammessa la richiesta di rimborso presentata entro un anno dalla data di emissione della fattura/scontrino parlante, purché in quella data il Caponucleo iscritto sia in regolare copertura.



Visita specialistica ortopedica

Massimale: 70 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa il costo sostenuto per una visita ortopedica l'anno presso qualsiasi struttura sanitaria privata scelta liberamente o rivolgendosi al SSN.

Il rimborso massimo è di 70 €, con uno scoperto del 25% che resta a tuo carico.

► ESEMPIO

Fattura di 110 €, rimborso di 70 €

Fattura di 80 €, rimborso di 60 € (80 € - 20 € di scoperto, pari al 25% dell'importo totale della fattura che resta a tuo carico)

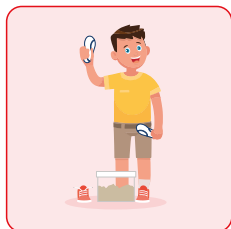
Nel caso di pagamento del Ticket del SSN il rimborso è integrale.

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica ortopedica
- documento di spesa della visita ortopedica intestato al Figlio minorenni.

Tra la data della prescrizione medica e quella del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Caponucleo iscritto sia in regolare copertura.



Plantari ortopedici e altri ausili/protesi

Massimale: 100 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di questi plantari ortopedici, ausili o protesi:

- apparecchi ortopedici per arto inferiore
- apparecchi ortopedici per arto superiore
- ausili per la deambulazione
- ginocchiera articolata post intervento chirurgico
- ortesi spinali
- passeggini posturali e da trasferimento
- plantari ortopedici
- protesi acustica mono o bilaterale
- sistema di sedute posturali
- stampelle

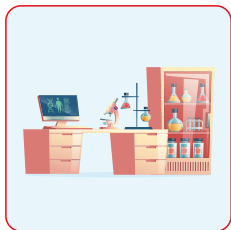
Per ottenere il rimborso l'acquisto deve essere effettuato su prescrizione di un medico specialista nel campo e presso un fornitore autorizzato.

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione dei plantari ortopedici, ausili o protesi rilasciata da un medico specialista nel campo (ad esempio la protesi acustica dall'otorino, gli altri ausili o protesi dall'ortopedico)
- fattura emessa da fornitore autorizzato (ortopedia, sanitaria, ecc.), intestata al Figlio minorenni.

Tra la data della prescrizione medica e quella del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Caponucleo iscritto sia in regolare copertura.



Indagini genetiche - esami di laboratorio genetico/molecolare

Massimale: 500 € l'anno

SAN.ARTI. sostiene le spese per l'esecuzione di indagini genetiche - esami di laboratorio genetico/molecolare attraverso il:

- rimborso integrale dei Tickets del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
- rimborso di fatture emesse da strutture private, con l'applicazione di uno scoperto del 25%.

► ESEMPIO

Fattura/ricevuta di pagamento di un Ticket di 72 €, rimborso di 72 €

Fattura/ricevuta di pagamento di prestazione effettuata privatamente di 72 €, rimborso di 54 € (72 € - 18 € di scoperto, pari al 25% dell'importo totale della fattura che resta a tuo carico)

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata
- documento di spesa intestato al Figlio minorenni dal quale sia riconoscibile la prestazione effettuata
- referto o esame della malformazione presunta o accertata come da tabella riportata nella pagina successiva.

Tra la data della prescrizione medica e quella del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Caponucleo iscritto sia in regolare copertura.

MALFORMAZIONE	DOCUMENTAZIONE
ACONDROPLASIA (NANISMO)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o cartella clinica rilasciata alla nascita
ANEMIA FALCIFORME	referto specialistico e/o referti di esami effettuati in precedenza
ANEUPLOIDIE MOLECOLARI	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza (anche pre-natali)
ATASSIA DI FRIEDREICH	referto specialistico e/o elettromiografia precedentemente effettuata e/o documentazione clinica di Familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
ATASSIA-TELEANGECTASIA (AT)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di Familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
ATASSIE SPINOCEREBELLARI	sia nella forma ereditaria che nella forma acquisita: referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di Familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
CARIOTIPO SU SANGUE PERIFERICO	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
CITOGENETICA POST-NATALE	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
COREA DI HUNTINGTON GIOVANILE (JHD)	sia nei pazienti sintomatici che nei pazienti asintomatici: referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di Familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
CROMATINA SESSUALE	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT 21 IDROSSILASI (CAH)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT 5ALFAREDUTTASI	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT AROMATASI	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT DI ACIL -CoA DEIDRONENASI (MCDA DEFICIT)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DISTONIA MIOTONICA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di Familiare eventualmente affetto dalla medesima patologia
DISTONIA PRIMARIA O IDIOPATICA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DISTROFIA MUSCOLARE	referto specialistico e/o referto di accertamento effettuato in precedenza
EMOCROMATOSI	esame di laboratorio precedente e/o prescrizione con patologia
FATTORE VIII PER L'EMOFILIA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
FIBROSI CISTICA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
MICRODELEZIONE DEL CROMOSOMA Y	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
SBMA (ATROFIA MUSCOLARE SPINO-BULBARE)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
SORDITÀ CONGENITA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
X FRAGILE	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza



Assistenza alla non autosufficienza

Massimale: 2.400 € l'anno per non autosufficienza con connotazione di gravità;

600 € l'anno per non autosufficienza senza connotazione di gravità.

1. Assistenza alla non autosufficienza con connotazione di gravità

SAN.ARTI. rimborsa le spese per l'assistenza e la cura del Figlio minorenni che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3.

Prestazioni ammesse al rimborso:

- prestazioni sanitarie attinenti alla patologia: analisi chimico cliniche, terapie di supporto (logopedista, pet-therapy), visite mediche specialistiche; sono escluse le spese odontoiatriche
- strumenti e ausili quali, solo a titolo esemplificativo, gli ausili per agevolare i trasferimenti come i piedistalli e dischi girevoli, i sollevatori manuali ed elettrici
- presidi tecnici: carrozzina, deambulatore, materasso antidecubito
- prestazioni di assistenza specifica alla persona (badante, infermiere, fisioterapista).

DOCUMENTAZIONE

- Verbale rilasciato dalla ASL di appartenenza ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3
- documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, Tickets) intestati al Figlio minorenni
- prescrizione del medico curante per le prestazioni sanitarie attinenti alla patologia
- prescrizione del medico specialista nel campo per strumenti e ausili e i presidi tecnici
- prospetto di busta paga e ricevute pagamenti INPS per le prestazioni di un/una badante
- fattura per la prestazione professionale di un infermiere o di un fisioterapista.

2. Assistenza alla non autosufficienza senza connotazione di gravità

SAN.ARTI. rimborsa le spese sostenute per l'assistenza e la cura di Figlio minorenni che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 1.

Rimborso del 50% delle spese sostenute, dal compimento del 3° anno di età fino al compimento del 18° anno di età per:

- prestazioni sanitarie attinenti alla patologia: analisi chimico cliniche, terapie di supporto (logopedista, pet-therapy), visite mediche specialistiche; sono escluse le spese odontoiatriche
- presidi tecnici: carrozzina, deambulatore, materasso antidecubito.

DOCUMENTAZIONE

- verbale rilasciato dalla ASL di appartenenza ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 1
- documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, Tickets) intestati al Figlio minorenni
- prescrizione del medico curante per le prestazioni sanitarie attinenti alla patologia
- prescrizione del medico specialista nel campo per i presidi tecnici.

Tra la data delle prescrizioni mediche e quella dei documenti di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

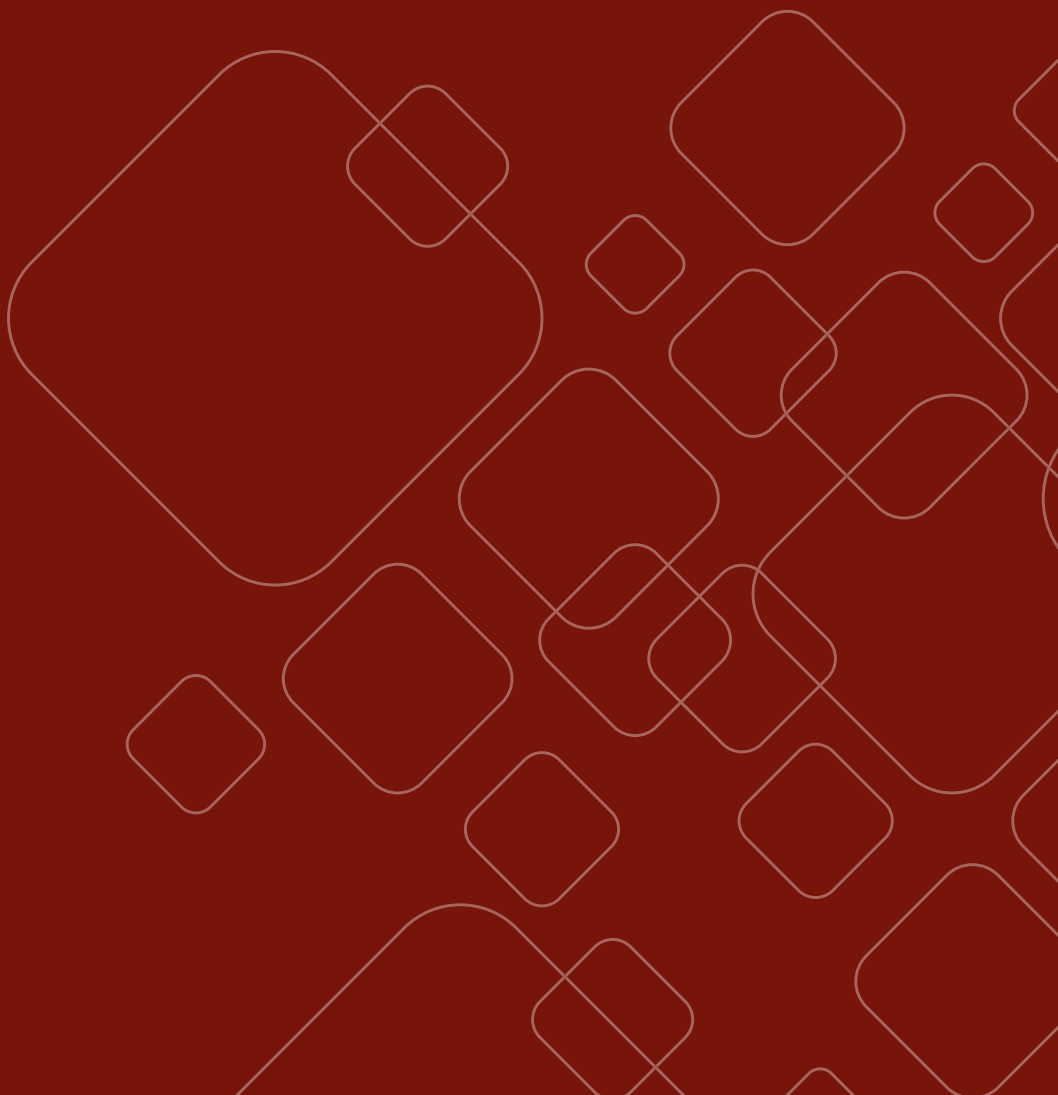
Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Caponucleo iscritto sia in regolare copertura.

Familiari iscritti

Figli da 0 a 18 anni

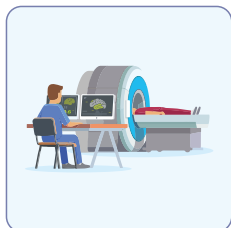
Coniuge o convivente more uxorio fino a 75 anni

Figli da 18 a 26 anni compiuti



Prestazioni in Autogestione - erogate da SAN.ARTI.

Figli da 0 a 18 anni



Alta specializzazione

Massimale: 8.000 € l'anno per le prestazioni di alta specializzazione comprese in elenco.

Per le prestazioni di endoscopia operativa è previsto un sottomassimale di 2.000 € l'anno.

SAN.ARTI. rimborsa il costo sostenuto per le prestazioni di alta specializzazione elencate nell'allegato C) a pag. 62, effettuate presso strutture private scelte liberamente, con l'applicazione di uno scoperto del 25% ed un minimo non indennizzabile di 20 €.

► ESEMPIO

Fattura di 110 €, rimborso di 82,50 € (110 € - 27,50 € di scoperto, pari al 25% dell'importo totale della fattura che resta a tuo carico)

Fattura di 60 €, rimborso di 40 € (60 € - 20 € di minimo non indennizzabile che viene applicato in quanto lo scoperto del 25% è inferiore a 20 €)

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata o il quesito diagnostico
- documento di spesa relativo alla prestazione prescritta.

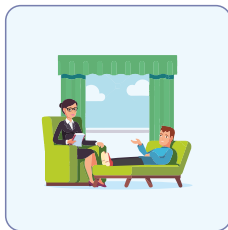
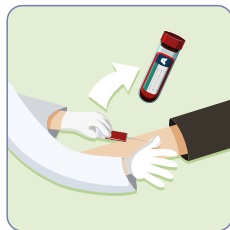
Se fai più prestazioni nello stesso giorno e nella stessa struttura sanitaria devi chiedere una fattura/ricevuta per ciascuna prestazione.

Lo scoperto e il minimo non indennizzabile si applicano all'importo versato per ogni prestazione, non alla spesa sostenuta complessivamente.

La fattura/ricevuta deve specificare l'importo relativo a ogni singola prestazione.

Tra la data della prescrizione medica e quella del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Familiare iscritto sia in regolare copertura.



Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e psicoterapia

Massimale: complessivo 1.200 € l'anno

Per gli accertamenti diagnostici è previsto un sottomassimale di 1.000 € l'anno, per la psicoterapia di 500 € l'anno.

SAN.ARTI. rimborsa il costo sostenuto presso qualsiasi struttura privata scelta liberamente per:

- visite specialistiche di medici specialisti nel campo della patologia presunta o accertata
- accertamenti diagnostici non compresi nell'elenco "Prestazioni di alta specializzazione", esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici
- sedute di psicoterapia.

Tra la data della prescrizione medica e quella del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Familiare iscritto sia in regolare copertura.

Visite specialistiche: il rimborso massimo è di 70 €, con uno scoperto del 25% che resta a tuo carico

► ESEMPIO

Fattura di 110 €, rimborso di 70 €

Fattura di 70 €, rimborso di 52,50 € (70 € - 17,50 € di scoperto, pari al 25% dell'importo totale della fattura che resta a tuo carico)

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata o il quesito diagnostico
- documento di spesa relativo alla prestazione prescritta emesso da medico specialista nel campo.

Accertamenti diagnostici: rimborso del costo sostenuto con l'applicazione di uno scoperto del 25% ed un minimo non indennizzabile di 30 €

► **ESEMPIO**

Fattura di 150 €, rimborso di 112,50 € (150 € - 37,50 € di scoperto, pari al 25% dell'importo totale della fattura che resta a tuo carico)

Fattura di 60 €, rimborso di 30 € (60 € - 30 € di minimo non indennizzabile che viene applicato in quanto lo scoperto del 25% è inferiore a 30 €)

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata o il quesito diagnostico
- documento di spesa relativo alla prestazione prescritta.

Se fai più prestazioni nello stesso giorno e nella stessa struttura sanitaria devi chiedere una fattura/ricevuta per ciascuna prestazione.

Lo scoperto e il minimo non indennizzabile si applicano all'importo versato per ogni prestazione, non alla spesa sostenuta complessivamente.

La fattura/ricevuta deve specificare l'importo relativo a ogni singola prestazione.

Psicoterapia: sulla spesa per sedute private viene applicato uno scoperto del 25%. I Tickets per le sedute col Servizio Sanitario Nazionale sono rimborsati integralmente.

Puoi ottenere il rimborso se prima delle sedute un medico psichiatra o un medico psicologo clinico ti ha diagnosticato una di queste patologie:

- abuso di sostanze
- disturbi maniacali
- comportamenti compulsivi
- disturbi ossessivi
- depressione
- fobie
- disturbi del comportamento alimentare
- gioco compulsivo

Sono rimborsate solo le sedute di psicoterapia condotte da psicoterapeuti iscritti all'Albo, nei limiti del sottomassimale annuo.

Il Fondo non rimborsa le spese sostenute per colloqui con psicologi, counsellors o percorsi di coaching o similari: sono ammesse solo le sedute di psicoterapia con psicoterapeuti.

DOCUMENTAZIONE

- Certificato del medico psichiatra o del medico psicologo clinico con la diagnosi di una delle patologie in elenco
- fattura delle sedute di psicoterapia
- certificato di iscrizione dello psicoterapeuta all'Albo degli psicoterapeuti.



Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Massimale: 350 € l'anno

SAN.ARTI. sostiene i costi per i trattamenti fisioterapici riabilitativi nel caso di:

- infortunio certificato dal Pronto Soccorso
- una delle seguenti patologie:
 - cardiopatie temporaneamente invalidanti
 - forme neurologiche degenerative o neuro-miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, morbo di Parkinson, sclerosi multipla e malattie progressive, fin quando sia possibile l'attività lavorativa
 - fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti
 - ictus cerebrale
 - interventi chirurgici cruenti e demolitivi
 - protesizzazione degli arti.

I trattamenti di fisioterapia devono essere effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere riportato nel documento di spesa. Puoi rivolgerti a strutture e professionisti privati oppure al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

SAN.ARTI. rimborsa il costo sostenuto senza l'applicazione di scoperto o franchigia, nei limiti del massimale.

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione del medico di medicina generale o specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia diagnosticata
- certificato del Pronto Soccorso in caso di infortunio
- documento di spesa.

Tra la data della prescrizione medica e quella di emissione del primo documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Familiare iscritto sia in regolare copertura.

Prestazioni Assicurate - erogate da UniSalute per conto di SAN.ARTI.

Figli da 0 a 18 anni

Ricovero chirurgico e ricovero medico

Massimale complessivo: 120.000 € l'anno

SAN.ARTI. tramite UniSalute sostiene le spese per:

- **ricovero chirurgico**, per eseguire un intervento chirurgico tra quelli compresi nell'elenco dell'allegato A) a pag. 60
- **ricovero medico**, a seguito di una delle patologie di importanza rilevante compresa nell'elenco dell'allegato B) a pag. 62.

Puoi rivolgerti a:

- strutture convenzionate e medici convenzionati con UniSalute per conto di SAN.ARTI.
Per l'attivazione della garanzia devono essere convenzionati sia i medici che le strutture sanitarie.
- strutture sanitarie private non convenzionate solo nel caso in cui nella tua provincia non ci siano strutture convenzionate con UniSalute per conto di SAN.ARTI., entro i limiti di polizza descritti a pag. 55
Devi contattare preventivamente la Centrale Operativa UniSalute al Numero Verde dedicato, istruzioni a pag. 52
- strutture pubbliche del SSN, in questo caso UniSalute rimborsa le spese sostenute inerenti al ricovero e riconosce un'indennità sostitutiva o diaria come descritto a pag. 55.

Il ricovero è considerato fino a 25 giorni di pernottamento come fase di acuzie, dal 26° giorno come ricovero in lungodegenza, entro i limiti di polizza.

RICOVERO CHIRURGICO

In caso di ricovero con UniSalute, le spese sostenute direttamente o rimborsate dalla compagnia assicuratrice per conto di SAN.ARTI. sono:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 60 giorni precedenti al ricovero inerenti alla malattia o all'infortunio che lo ha reso necessario
- l'intervento chirurgico: onorari del personale medico, diritti di sala operatoria, materiali, protesi ed endoprotesi
- l'assistenza medica, medicinali e cure durante il periodo di ricovero
- la retta di degenza
- la retta di vitto e di pernottamento nell'Istituto di cura o in albergo per un accompagnatore
- l'assistenza infermieristica privata individuale
- le spese sostenute nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura, purché rese necessarie dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Per i dettagli e i limiti di polizza per ciascuna delle voci elencate vai a pagina 55.

Intervento chirurgico Day-surgery

SAN.ARTI. sostiene le spese per effettuare un intervento chirurgico Day-surgery presente nell'elenco dell'allegato A) (v. pag. 60) con le stesse modalità descritte per il ricovero con intervento chirurgico e per il trasporto sanitario.

RICOVERO MEDICO PER PATOLOGIA

In caso di ricovero con UniSalute le spese sostenute direttamente o rimborsate dalla compagnia assicuratrice per conto di SAN.ARTI. sono:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 60 giorni precedenti al ricovero inerenti alla malattia o all'infortunio che lo ha reso necessario
- l'assistenza medica, medicinali e cure durante il periodo di ricovero
- la retta di degenza
- la retta di vitto e di pernottamento nell'Istituto di cura o in albergo per un accompagnatore
- l'assistenza infermieristica privata individuale
- le spese sostenute nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura, purché rese necessarie dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Per i dettagli e i limiti di polizza per ciascuna delle voci elencate vai a pagina 57.

Ricovero medico in Day-hospital

Se devi effettuare un ricovero medico in Day-hospital per una patologia presente nell'elenco dell'allegato B) (v. pag. 62) SAN.ARTI. sostiene le stesse spese previste per il ricovero medico e per il trasporto sanitario.

Non vengono riconosciute le spese per visite specialistiche, analisi cliniche e esami strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

TRASPORTO SANITARIO

Sottomassimale: 1.500 €

SAN.ARTI., tramite UniSalute, rimborsa il costo per il trasporto in ambulanza con unità coronarica mobile e con aereo/elicottero sanitario all'Istituto di cura, il trasferimento da un Istituto di cura a un altro e il rientro alla propria abitazione in caso di ricovero per intervento chirurgico compreso nell'allegato A) e per patologia rilevante presente nell'allegato B). Il rimborso è previsto nel caso di ricovero presso le strutture private convenzionate con UniSalute o non convenzionate laddove ammesso.

Odontoiatria

SAN.ARTI. sostiene i costi per le prestazioni odontoiatriche particolari e di ortodonzia.

La prestazione presso i dentisti convenzionati deve essere autorizzata preventivamente da UniSalute; la richiesta viene inoltrata direttamente dal dentista alla compagnia assicuratrice.

Prestazioni odontoiatriche particolari

Prestazione gratuita

Per le prestazioni odontoiatriche particolari puoi rivolgerti a dentisti convenzionati con UniSalute per conto del Fondo o al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

UniSalute, per conto di SAN.ARTI. liquida direttamente il costo della prestazione alla struttura convenzionata oppure rimborsa il Ticket del SSN. La prestazione comprende:

- per i familiari di età compresa tra 0-14 anni, una seduta di fluorazione e sigillatura dei solchi una volta l'anno
- per i familiari di età compresa tra 15-18 anni una visita specialistica e trattamento di ablazione una volta l'anno.

Ortodonzia

Massimale: 500 € l'anno

A partire dal secondo anno di copertura continuativa SAN.ARTI., tramite UniSalute, sostiene le spese per prestazioni ortodontiche per i figli iscritti, anche di tipo diagnostico.

Puoi rivolgerti solo a dentisti convenzionati o al Servizio Sanitario Nazionale.

Sono comprese:

- visita specialistica ortodontica propedeutica alle prestazioni di ortodonzia: una l'anno
- prestazioni ortodontiche anche di tipo diagnostico.

I costi per le prestazioni private di odontoiatria private non autorizzate preventivamente da UniSalute rimangono interamente a tuo carico.

La prestazione è erogata dopo il primo anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa.

Prestazioni a tariffe agevolate

Il costo della tariffa agevolata rimane completamente a tuo carico

Puoi rivolgerti alle strutture convenzionate con UniSalute chiedendo l'applicazione di un tariffario scontato e agevolato quando:

- le prestazioni sanitarie di cui hai bisogno non rientrano nel Piano sanitario
- hai superato il massimale previsto per la prestazione di cui hai bisogno.

Come richiedere l'autorizzazione preventiva a UniSalute

vai a pag. 54 



Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

Massimale: 600 € l'anno

SAN.ARTI. rimborsa i Tickets del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e accesso al Pronto Soccorso.

Il rimborso dei Tickets è integrale.

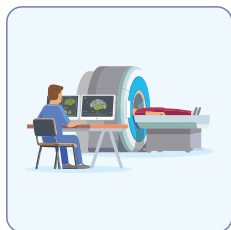
DOCUMENTAZIONE

Fattura/ricevuta/scontrino parlante di pagamento del Ticket del SSN che deve riportare il nome, il cognome e il Codice Fiscale del Familiare iscritto, la ragione sociale, la partita IVA e la città della struttura sanitaria, il tipo di prestazione effettuata e l'importo pagato.

Per chiedere il rimborso di più Tickets del SSN inserisci tutte le fatture/ricevute in una sola pratica. È facile e veloce: basta cliccare sul pulsante "continua" dopo aver caricato la prima.

Prima della visita o dell'accertamento diagnostico fai una fotocopia, una scansione o una fotografia con il cellulare dell'impegnativa per inserirla nella richiesta di rimborso.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta/scontrino parlante, purché in quella data il Familiare iscritto sia in regolare copertura.



Alta specializzazione

Massimale: 8.000 € l'anno per le prestazioni di alta specializzazione comprese nell'elenco dell'allegato C).

Per le prestazioni di endoscopia operativa è previsto un sottomassimale di 2.000 € l'anno.

SAN.ARTI. rimborsa il costo sostenuto per le prestazioni di alta specializzazione elencate nell'allegato C) a pag. 62, effettuate presso strutture private scelte liberamente, con l'applicazione di uno scoperto del 25% e di un minimo non indennizzabile di 20 €.

► **ESEMPIO**

Fattura di 110 €, rimborso di 82,50 € (110 € - 27,50 € di scoperto, pari al 25% dell'importo totale della fattura che resta a tuo carico)

Fattura di 60 €, rimborso di 40 € (60 € - 20 € di minimo non indennizzabile che viene applicato in quanto lo scoperto del 25% è inferiore a 20 €)

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata o il quesito diagnostico
- documento di spesa relativo alla prestazione prescritta.

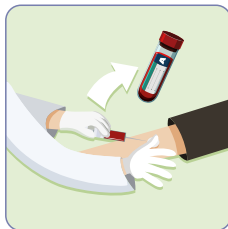
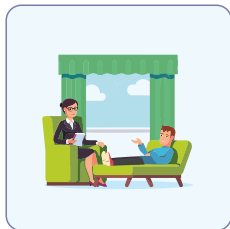
Se fai più prestazioni nello stesso giorno e nella stessa struttura sanitaria devi chiedere una fattura/ricevuta per ciascuna prestazione.

Lo scoperto e il minimo non indennizzabile si applicano all'importo versato per ogni prestazione, non alla spesa sostenuta complessivamente.

La fattura/ricevuta deve specificare l'importo relativo a ogni singola prestazione.

Tra la data della prescrizione medica e quella del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Familiare iscritto sia in regolare copertura.



Visite specialistiche, psicoterapia e accertamenti diagnostici

Massimale complessivo: 1.200 € l'anno

Per gli accertamenti diagnostici è previsto un sottomassimale di 1.000 € l'anno, per la psicoterapia di 500 € l'anno.

SAN.ARTI. rimborsa il costo sostenuto presso qualsiasi struttura privata scelta liberamente per:

- visite specialistiche di medici specialisti nel campo della patologia presunta o accertata
- accertamenti diagnostici non compresi nell'elenco "Prestazioni di alta specializzazione", esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici
- sedute di psicoterapia.

Tra la data della prescrizione medica e quella del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Familiare iscritto sia in regolare copertura.

Visite specialistiche: il rimborso massimo è di 70 €, con uno scoperto del 25% che resta a tuo carico

► ESEMPIO

Fattura di 110 €, rimborso di 70 €

Fattura di 70 €, rimborso di 52,50 € (70 € - 17,50 € di scoperto, pari al 25% dell'importo totale della fattura che resta a tuo carico)

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata o il quesito diagnostico
- documento di spesa relativo alla prestazione prescritta rilasciato da medico specialista nel campo.

Accertamenti diagnostici: rimborso del costo sostenuto con l'applicazione di uno scoperto del 25% e di un minimo non indennizzabile di 30 €

► **ESEMPIO**

Fattura di 150 €, rimborso di 112,50 € (150 € - 37,50 € di scoperto, pari al 25% dell'importo totale della fattura che resta a tuo carico)

Fattura di 60 €, rimborso di 30 € (60 € - 30 € di minimo non indennizzabile che viene applicato in quanto lo scoperto del 25% è inferiore a 30 €)

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o accertata o il quesito diagnostico
- documento di spesa relativo alla prestazione prescritta.

Se fai più prestazioni nello stesso giorno e nella stessa struttura sanitaria devi chiedere una fattura/ricevuta per ciascuna prestazione.

Lo scoperto e il minimo non indennizzabile si applicano all'importo versato per ogni prestazione, non alla spesa sostenuta complessivamente.

La fattura/ricevuta deve specificare l'importo relativo a ogni singola prestazione.

Psicoterapia: sulla spesa per sedute private viene applicato uno scoperto del 25%. I Tickets per le sedute col Servizio Sanitario Nazionale sono rimborsati integralmente. Puoi ottenere il rimborso se prima delle sedute un medico psichiatra o un medico psicologo clinico ti ha diagnosticato una di queste patologie:

- depressione
- disturbi maniacali
- fobie
- disturbi ossessivi
- disturbi del comportamento alimentare
- comportamenti compulsivi
- abuso di sostanze
- gioco compulsivo

Sono rimborsate solo le sedute condotte da psicoterapeuti iscritti all'Albo, nei limiti del sottomassimale annuo.

Il Fondo non rimborsa le spese sostenute per colloqui con psicologi, counsellors o percorsi di coaching o similari: sono ammesse solo le sedute di psicoterapia con psicoterapeuti.

DOCUMENTAZIONE

- Certificato del medico psichiatra o del medico psicologo clinico con la diagnosi di una delle patologie in elenco
- fattura delle sedute di psicoterapia
- certificato di iscrizione dello psicoterapeuta all'Albo degli psicoterapeuti.



Pacchetto Maternità

La prestazione è riservata solo alla coniuge o convivente *more uxorio* iscritta

Massimale: 1.300 € per evento

(Per evento si intende la nascita o l'aborto)

SAN.ARTI. rimborsa le spese sostenute dalle coniugi/conviventi iscritte per le seguenti prestazioni inerenti alla gravidanza:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico, che diventano 6 in caso di gravidanza a rischio certificata
- ecografie, morfologica e 3D comprese
- analisi clinico chimiche, come emocromo, glicemia, Bi-test, test del DNA fetale, ecc.
- amniocentesi e villocentesi se hai compiuto 35 anni; prima dei 35 anni solo in caso di malformazioni ereditarie o patologie sospette opportunamente certificate.

Riconosce una diaria o indennità:

- di parto/aborto in caso di ricovero con pernottamento, con un sottomassimale di 80 € per un massimo di 5 giorni
- di parto in casa, con un sottomassimale di 80 € per un massimo di 2 giorni.

In caso di aborto terapeutico o spontaneo vengono riconosciute le medesime prestazioni specialistiche, diagnostiche e la diaria o indennità per ricovero.

DOCUMENTAZIONE

La domanda di rimborso deve essere presentata a evento avvenuto allegando, in un'unica pratica:

- certificato di gravidanza o di gravidanza a rischio
- documenti di spesa – fatture o ricevute – inerenti alla gravidanza
- lettera o certificato di dimissioni rilasciata dalla struttura sanitaria a seguito del ricovero per il parto/aborto, oppure la cartella ostetrica del parto in casa.

Conserva tutta la documentazione e invia la richiesta di rimborso solo a evento avvenuto.

I documenti di spesa devono essere emessi nel periodo di gravidanza.

Sono ammessi i documenti di spesa relativi al Pacchetto Maternità fino a un anno dalla data della loro emissione, purché in quella data l'Iscriita sia in copertura; per la diaria o l'indennità: deve essere in copertura alla data dell'evento. La richiesta del Pacchetto Maternità per spese sostenute o evento avvenuto fino al 31.12.2020 deve essere presentata a UniSalute che lo eroga per conto di SAN.ARTI.



Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Massimale: 350 € l'anno

SAN.ARTI. sostiene i costi per i trattamenti fisioterapici riabilitativi nel caso di:

- infortunio certificato dal Pronto Soccorso
- una delle seguenti patologie:
 - cardiopatie temporaneamente invalidanti
 - forme neurologiche degenerative o neuro-miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, morbo di Parkinson, sclerosi multipla e malattie progressive, fin quando sia possibile l'attività lavorativa
 - fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti
 - ictus cerebrale
 - interventi chirurgici cruenti e demolitivi quali, solo a titolo esemplificativo, osteosintesi, osteotomia, rimozione di tumori importanti quali mastectomia, prostatectomia, tumori ossei
 - protesizzazione degli arti.

Per verificare l'effettiva copertura della patologia contattare l'Ufficio Prestazioni in Autogestione di SAN.ARTI.

I trattamenti di fisioterapia devono essere effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo deve essere riportato nel documento di spesa.

Puoi rivolgerti a strutture e professionisti privati oppure al Servizio Sanitario Nazionale (SSN): SAN.ARTI. rimborsa il costo sostenuto senza l'applicazione di scoperto o franchigia, nei limiti del massimale.

Non sono ammesse a rimborso le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico o fisioterapico.

DOCUMENTAZIONE

- Prescrizione del medico di medicina generale o specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia diagnosticata
- certificato del Pronto Soccorso solo in caso di infortunio
- documento di spesa.

Tra la data della prescrizione medica e quella di emissione del primo documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Familiare iscritto sia in regolare copertura.



Prevenzione cardiovascolare e oncologica

SAN.ARTI. rimborsa le spese sostenute per i pacchetti di prevenzione. Puoi effettuare le prestazioni una volta l'anno, presso qualsiasi struttura privata a scelta, senza prescrizione medica (è necessaria solo per la mammografia).

La domanda di rimborso per ciascun pacchetto di prevenzione deve essere presentata allegando tutta la documentazione in un'unica pratica.

Prevenzione cardiovascolare

Massimale: 150 € l'anno

Dal compimento del 40° anno di età. La prevenzione cardiologica comprende:

- una visita specialistica cardiologica
- ECG basale e da sforzo
- queste indagini ematochimiche:
 - azotemia
 - colesterolo totale e HDL
 - creatininemia
 - esame emocromocitometrico
 - glicemia
 - omocisteina
 - trigliceridi
 - VES.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Familiare iscritto sia in regolare copertura.

Prevenzione oncologica femminile e maschile

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE FEMMINILI

Massimale 200 € l'anno

Dal compimento del 40° anno di età puoi effettuare:

- una visita specialistica ginecologica e senologica (unico specialista)
- ecografia dell'apparato genitale femminile per via transvaginale
- esame mammografico (con prescrizione medica)
- pap test
- accertamenti diagnostici ematochimici: Ca 125, esame emocromocitometrico, Ves
- esami delle urine.

Tra la data della prescrizione medica della mammografia e quella del documento di spesa non devono essere trascorsi più di 12 mesi.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Familiare iscritto sia in regolare copertura.

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE MASCHILI

Massimale 160 € l'anno

Dal compimento del 45° anno di età puoi effettuare:

- una visita specialistica urologica
- accertamenti diagnostici ematochimici: esame emocromocitometrico, Ves
- esami delle urine
- ecografia prostatico vescicale transrettale
- dosaggio PSA.

Sono ammesse le richieste di rimborso presentate entro un anno dalla data di emissione della fattura/ricevuta, purché in quella data il Familiare iscritto sia in regolare copertura.

Prestazioni Assicurate - erogate da UniSalute per conto di SAN.ARTI.

Coniuge o convivente *more uxorio* fino a 75 anni. Figli da 18 a 26 anni compiuti

Ricovero chirurgico e ricovero medico

Massimale complessivo: 120.000 € l'anno

SAN.ARTI. tramite UniSalute sostiene le spese per:

- **ricovero chirurgico**, per eseguire un intervento chirurgico tra quelli compresi nell'elenco dell'allegato A) a pag. 60
- **ricovero medico**, a seguito di una delle patologie di importanza rilevante compresa nell'elenco dell'allegato B) a pag. 62.

Puoi rivolgerti a:

- strutture convenzionate e medici convenzionati con UniSalute per conto di SAN.ARTI.
Per l'attivazione della garanzia devono essere convenzionati sia i medici che le strutture sanitarie.
- strutture sanitarie private non convenzionate solo nel caso in cui nella tua provincia non ci siano strutture convenzionate con UniSalute per conto di SAN.ARTI., entro i limiti di polizza descritti a pag. 55
Devi contattare preventivamente la Centrale Operativa UniSalute al Numero Verde dedicato, istruzioni a pag. 52
- strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in questo caso UniSalute rimborsa le spese sostenute inerenti al ricovero e riconosce una indennità sostitutiva o diaria come descritto a pag. 55.

Il ricovero è considerato fino a 25 giorni di pernottamento come fase di acuzie, dal 26° giorno come ricovero in lungodegenza, entro i limiti di polizza.

RICOVERO CHIRURGICO

In caso di ricovero con UniSalute le spese sostenute direttamente o rimborsate dalla compagnia assicuratrice per conto di SAN.ARTI. sono:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 60 giorni precedenti al ricovero inerenti alla malattia o all'infortunio che lo ha reso necessario
- l'intervento chirurgico: onorari del personale medico, diritti di sala operatoria, materiali, protesi ed endoprotesi
- l'assistenza medica, medicinali e cure durante il periodo di ricovero
- la retta di degenza
- la retta di vitto e di pernottamento nell'Istituto di cura o in albergo per un accompagnatore
- l'assistenza infermieristica privata individuale
- le spese sostenute nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura, purché rese necessarie dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Per i dettagli e i limiti di polizza per ciascuna delle voci elencate vai a pagina 55.

Intervento chirurgico Day-surgery

SAN.ARTI. sostiene le spese per effettuare un intervento chirurgico Day-surgery presente nell'elenco dell'allegato A) (v. pag. 60) con le stesse modalità descritte per il ricovero con intervento chirurgico e per il trasporto sanitario.

RICOVERO MEDICO PER PATOLOGIA

In caso di ricovero con UniSalute le spese sostenute direttamente o rimborsate dalla compagnia assicuratrice per conto di SAN.ARTI. sono:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 60 giorni precedenti al ricovero inerenti alla malattia o all'infortunio che lo ha reso necessario
- l'assistenza medica, medicinali e cure durante il periodo di ricovero
- la retta di degenza
- la retta di vitto e di pernottamento nell'Istituto di cura o in albergo per un accompagnatore
- l'assistenza infermieristica privata individuale
- le spese sostenute nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura, purché rese necessarie dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Per i dettagli e i limiti di polizza per ciascuna delle voci elencate vai a pagina 57.

Ricovero medico in Day-hospital

Se devi effettuare un ricovero medico in Day-hospital per una patologia presente nell'elenco dell'allegato B) (v. pag. 62) SAN.ARTI. sostiene le stesse spese previste per il ricovero medico e per il trasporto sanitario.

Non vengono riconosciute le spese per visite specialistiche, analisi cliniche e esami strumentali effettuati ai soli fini diagnostici.

TRASPORTO SANITARIO

Sottomassimale: 1.500 €

SAN.ARTI., tramite UniSalute, rimborsa il costo per il trasporto in ambulanza con unità coronarica mobile e con aereo/elicottero sanitario all'Istituto di cura, il trasferimento da un Istituto di cura a un altro e il rientro alla propria abitazione in caso di ricovero per intervento chirurgico compreso nell'allegato A) e per patologia rilevante presente nell'allegato B). Il rimborso è previsto nel caso di ricovero presso le strutture private convenzionate con UniSalute o non convenzionate laddove ammesso.

Odontoiatria

Con SAN.ARTI. puoi usufruire di: prestazioni odontoiatriche particolari, implantologia, avulsioni, cure conservative.

L'implantologia, le avulsioni e le cure conservative devono essere effettuate presso le strutture convenzionate con UniSalute.

Come richiedere l'autorizzazione preventiva a UniSalute

vai a pag. 54 

Per le prestazioni odontoiatriche particolari puoi rivolgerti alle strutture convenzionate con UniSalute oppure alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In questo caso UniSalute, per conto del Fondo, rimborsa il costo del Ticket sanitario.

Prestazioni odontoiatriche particolari

Prestazione gratuita

- Una visita specialistica odontoiatrica l'anno
- una seduta d'igiene orale professionale l'anno
- sono escluse altre prestazioni quali, ad esempio: la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, ecc.

Implantologia

Massimale: 3.200 € l'anno, fino a 800 € per ciascun impianto

Ai Familiari iscritti, superato l'anno di carenza, SAN.ARTI. copre le spese fino a 800 € a impianto per un massimo di 4 impianti l'anno contenuti in un unico piano di cura. Sono compresi l'estrazione, il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il definitivo.

DOCUMENTAZIONE

La struttura sanitaria convenzionata deve fornire ad UniSalute le radiografie precedenti e successive all'installazione dell'impianto.

Avulsione fino a un massimo di 4 denti

Prestazione gratuita

Superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa, con SAN.ARTI. puoi eseguire gratuitamente l'avulsione, cioè l'estrazione, fino a un massimo di 4 denti l'anno per i denti del giudizio non tollerati o per le estrazioni propedeutiche alla implantologia.

DOCUMENTAZIONE

La struttura sanitaria convenzionata deve fornire ad UniSalute le radiografie precedenti e successive all'installazione dell'impianto.

I costi per le prestazioni di odontoiatria non autorizzate preventivamente da UniSalute rimangono interamente a tuo carico.

Ortodonzia

Massimale: 500 € l'anno

A partire dal secondo anno di copertura continuativa SAN.ARTI., tramite UniSalute, sostiene le spese per prestazioni ortodontiche per i figli iscritti, anche di tipo diagnostico.

Puoi rivolgerti solo a dentisti convenzionati o al Servizio Sanitario Nazionale.

La prestazione è erogata solo ai figli da 18 anni compiuti fino a 26 anni di età e comprende:

- visita specialistica ortodontica propedeutica a eventuali prestazioni di ortodonzia: una visita l'anno
- prestazioni ortodontiche anche di tipo diagnostico.

I costi per le prestazioni private di ortodonzia non autorizzate preventivamente da UniSalute rimangono interamente a tuo carico.

L'implantologia, le avulsioni e l'ortodonzia sono erogate superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa.

Prestazioni a tariffa agevolata

Il costo della tariffa agevolata rimane completamente a tuo carico

Puoi rivolgerti alle strutture convenzionate chiedendo l'applicazione di un tariffario scontato e agevolato quando:

- le prestazioni sanitarie di cui hai bisogno non rientrano nel Piano sanitario
- hai superato il massimale previsto per la prestazione di cui hai bisogno.

Come richiedere l'autorizzazione preventiva a UniSalute

vai a pag. 54



Istruzioni

Allegati

Cause di esclusione



Prestazioni in Autogestione - erogate da SAN.ARTI.

Come richiedere i rimborsi e/o le indennità a SAN.ARTI.

On line

Su www.sanarti.it.

Una volta effettuato l'accesso all'Area riservata con le credenziali personali occorre cliccare su Prenotazioni/Rimborsi, poi su Pratiche SAN.ARTI. e completare la procedura; dall'Area riservata è possibile seguire l'iter della lavorazione delle pratiche presentate.

Per posta



Scarica il modulo di rimborso

I Lavoratori dipendenti iscritti possono utilizzare la procedura cartacea con spedizione postale. Occorre scaricare e stampare il modulo reperibile su www.sanarti.it e allegare copia dei documenti.

I Familiari (figli minorenni iscritti e non, coniuge/convivente *more uxorio* iscritto) possono inviare le richieste di rimborso solo on line, non per posta. L'indirizzo a cui spedire la richiesta di rimborso cartacea per le prestazioni rimborsate direttamente da SAN.ARTI. è:

SAN.ARTI. – Ufficio Autogestione - Casella Postale 7241
Ufficio Postale Roma Nomentano - 00162 Roma

Tramite gli Sportelli territoriali SAN.ARTI.

È possibile rivolgersi direttamente a uno degli Sportelli territoriali SAN.ARTI. per ricevere assistenza ed effettuare richiesta di rimborso o di indennità.

Gli Sportelli sono le strutture operative attraverso le quali SAN.ARTI. è presente diffusamente sul territorio.

Sono situati presso le Organizzazioni socie del Fondo; l'elenco e gli indirizzi sono pubblicati su www.sanarti.it.

Gli Sportelli offrono gratuitamente:

- informazioni per illustrare i Piani sanitari
- assistenza per richiedere le prestazioni.

L'UFFICIO PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE DI SAN.ARTI.

- Dà informazioni sulle prestazioni del Piano sanitario
- fornisce indicazioni sulle procedure per richiedere i rimborsi
- identifica le problematiche legate alla copertura sanitaria
- valuta le richieste di rimborso presentate
- in caso di approvazione, attiva le procedure per il pagamento
- risolve le anomalie relative al pagamento delle prestazioni
- verifica, su richiesta, i rimborsi respinti.

Per informazioni inviare un'e-mail ad autogestione@sanarti.it oppure telefonare al n. 06.87678095, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 12.30

ATTENZIONE

- Non sono ammesse richieste inoltrate per e-mail
- Controllare che la domanda di rimborso contenga tutta la documentazione e le informazioni richieste
- Il rimborso è erogato con bonifico, occorre indicare un IBAN valido
- Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa validi ai fini fiscali (ad esempio fatture, ricevute, scontrini parlanti e non copie di cortesia) entro un anno dalla loro emissione purché in quella data l'Isritto sia in regolare copertura
- I documenti di spesa devono contenere il dettaglio delle prestazioni effettuate
- Non sono rimborsabili le marche da bollo
- Non sono rimborsabili le visite per patenti di guida
- Non sono rimborsabili le prestazioni mediche aventi finalità estetiche
- Non sono rimborsabili le spese per il ritiro della cartella clinica
- La documentazione allegata alla richiesta di rimborso cartacea (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, ecc.) va inviata solo in fotocopia
- SAN.ARTI. potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio dei documenti in originale o di ulteriore documentazione oltre a quella già inviata per posta o inserita on line.

Sono rimborsate le spese sostenute in Italia e per prestazioni eseguite su territorio italiano.

È possibile presentare la richiesta di rimborso a SAN.ARTI. entro 12 mesi dalla data di emissione del documento di spesa. Il Fondo rimborsa se alla data della fattura/ricevuta l'Isritto è in regolare copertura.

Prestazioni Assicurate - erogate da UniSalute

Gli Iscritti possono richiedere le prestazioni del proprio Piano sanitario erogate da UniSalute in diversi modi:

On line

Occorre accedere alla propria Area riservata su www.sanarti.it, cliccare su Prenotazioni/Rimborsi, poi su Pratiche UniSalute.

Al primo accesso sul sito di UniSalute è richiesto di compilare una scheda con i propri dati personali e di creare una nuova password. On line, dal sito si può:

- chiedere i rimborsi e le indennità per i ricoveri
- seguire lo stato di lavorazione delle richieste
- prenotare le visite e gli accertamenti
- comunicare un appuntamento già preso presso le strutture convenzionate
- disdire o spostare un appuntamento già fissato.

Tramite la Centrale Operativa UniSalute

Dall'Italia chiamare il Numero Verde 800-009603, dall'estero il numero 0039-0516389046 per parlare con gli operatori della Centrale Operativa UniSalute e:

- prenotare le prestazioni previste dal proprio Piano sanitario, in una struttura convenzionata e chiedere l'autorizzazione
- comunicare un appuntamento già fissato con la struttura convenzionata e chiedere l'autorizzazione per la tariffa agevolata
- ricevere assistenza sui ricoveri
- richiedere le prestazioni per le quali è necessario ottenere un'autorizzazione
- ricevere pareri medici immediati
- ottenere indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione Tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.)
- avere informazioni sullo stato di lavorazione delle richieste di rimborso
- ricevere informazioni su farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni
- chiedere, in caso di infortunio o malattia, informazioni e consigli da medici qualificati per utilizzare al meglio le prestazioni previste dal proprio Piano sanitario.

Per accedere alle prestazioni erogate all'estero contattare preventivamente il numero 0039-0516389046 per informazioni, assistenza e autorizzazioni.

Con la App UniSalute - UniSalute Up

Con UniSalute Up è possibile:

- prenotare visite ed esami presso strutture convenzionate
- visualizzare l'agenda degli appuntamenti per visite o esami
- modificare o disdire gli appuntamenti
- chiedere il rimborso delle spese sanitarie
- ricevere le notifiche sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso.

Per posta



Scarica il modulo
Dipendenti

È possibile chiedere il rimborso delle spese sanitarie o la diaria di ricovero per posta: occorre compilare il modulo di rimborso e allegare copia dei documenti necessari.

Il modulo di rimborso è reperibile sul sito www.sanarti.it

L'indirizzo a cui spedire la richiesta di rimborso cartacea per le prestazioni erogate da UniSalute per conto di SAN.ARTI. è:



Scarica il modulo
Familiari

Fondo SAN.ARTI. presso UniSalute S.p.A.

Rimborsi Clienti c/o CMP BO - Via Zanardi 30, 40131, Bologna BO

Tramite gli Sportelli territoriali SAN.ARTI.

È possibile rivolgersi direttamente a uno degli Sportelli territoriali SAN.ARTI. (v. pag. 50) per ricevere assistenza ed effettuare richiesta di rimborso o di indennità. Il servizio è gratuito.

L'UFFICIO PRESTAZIONI ASSICURATE DI SAN.ARTI.

- Dà informazioni sulle prestazioni dei Piani sanitari
- fornisce indicazioni generali sulle procedure per le prenotazioni e i rimborsi con UniSalute
- identifica e risolve le problematiche legate alla copertura sanitaria
- si relaziona con UniSalute per eventuali anomalie relative alle prestazioni
- verifica, su richiesta, le domande di rimborso respinte da UniSalute.

Per informazioni inviare una e-mail a prestazioni@sanarti.it oppure telefonare all'Ufficio prestazioni assicurate al n. 06.87678095, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 12.30.

STRUTTURE CONVENZIONATE

Per le prestazioni presso le strutture convenzionate gratuite, con franchigia o con tariffa agevolata occorre chiedere l'autorizzazione preventiva a UniSalute.

È possibile usufruire delle prestazioni anche in caso di intramoenia o libera professione intramuraria, purché il medico, il professionista e la struttura sanitaria siano convenzionati con UniSalute per conto di SAN.ARTI.

Per l'autorizzazione occorre:

- Prenotare:
 - on line su www.sanarti.it
 - tramite il Numero Verde 800-009603 dall'Italia o il n. 0039-0516389046 dall'estero
 - con l'App UniSalute Up
- oppure confermare on line o con il Numero Verde un appuntamento già preso nella struttura convenzionata
- ricevere la conferma di prenotazione da UniSalute tramite sms/e-mail e successivamente l'autorizzazione con il codice di riferimento con un sms/e-mail.

La sola conferma della prenotazione non garantisce l'autorizzazione alla prestazione.

PRESTAZIONI IN ZONA PRIVA DI STRUTTURE CONVENZIONATE

Se non sono presenti strutture convenzionate o personale medico convenzionato con UniSalute per conto di SAN.ARTI. entro un raggio di 30 km dalla residenza e/o domicilio i Lavoratori dipendenti possono rivolgersi a strutture private non convenzionate.

Questa modalità non è prevista per le prestazioni di odontoiatria. Per i ricoveri leggere le istruzioni a pagina 56 e 58.

Prima di rivolgersi a strutture private non convenzionate chiamare il Numero Verde 800-009603, per verificare se la zona è scoperta e richiedere l'autorizzazione.

Ricovero chirurgico e ricovero medico

Massimale complessivo per ricovero chirurgico e ricovero medico:
120.000 € l'anno

RICOVERO CHIRURGICO

Ricovero in strutture convenzionate con UniSalute

SAN.ARTI. sostiene i costi per l'intervento chirurgico compreso nell'allegato A) da eseguire presso le strutture e medici convenzionati con UniSalute.

Le spese sostenute da SAN.ARTI. riguardano:

Pre-ricovero

UniSalute rimborsa per conto del Fondo SAN.ARTI. le spese sostenute per gli esami, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuate nei 60 giorni precedenti al ricovero e inerenti alla malattia o all'infortunio che lo ha reso necessario.

Intervento chirurgico

SAN.ARTI. riconosce direttamente, tramite UniSalute, alla struttura e medici convenzionati:

- onorari dei partecipanti all'intervento riportati nel referto operatorio quali, ad esempio, chirurgo, aiuto, assistente, anestesista
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese protesi ed endoprotesi.

Assistenza medica, medicinali, cure durante il periodo di ricovero

SAN.ARTI. sostiene direttamente, tramite UniSalute, i costi per:

- prestazioni mediche e infermieristiche
- consulenze medico-specialistiche
- medicinali
- esami e accertamenti diagnostici
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Rette di degenza

SAN.ARTI. sostiene direttamente, tramite UniSalute, i costi per le rette di degenza. Sono escluse le spese voluttuarie, come ad esempio caffè, giornali, TV, aria condizionata, ecc.

Accompagnatore

Nel caso di ricovero presso strutture sanitarie e medici convenzionati, SAN.ARTI. sostiene direttamente, tramite UniSalute, la retta di vitto e il pernottamento nell'Istituto di cura o in albergo per un accompagnatore.

In caso di ricovero in strutture non convenzionate con UniSalute (previsto solo se non sono presenti strutture convenzionate con la compagnia assicuratrice nella propria provincia di residenza o domicilio) è riconosciuto un rimborso nel limite di 75 € al giorno per un massimo di 25 giorni.

Assistenza infermieristica privata individuale

Sottomassimale: 80 € al giorno per un massimo di 25 giorni per ricovero.

SAN.ARTI. rimborsa, tramite UniSalute, l'assistenza infermieristica privata individuale.

Post ricovero

SAN.ARTI. sostiene direttamente, tramite UniSalute, le spese sostenute nei 90 giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, purché rese necessarie dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero:

- esami e accertamenti diagnostici
- prestazioni mediche e chirurgiche
- prestazioni infermieristiche, se richieste del medico al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura
- cure termali, escluse le spese di natura alberghiera.

Ricovero in strutture non convenzionate con UniSalute

Solo nel caso in cui non siano presenti strutture e medici convenzionati con UniSalute nella provincia di residenza o domicilio, è possibile avvalersi di non convenzionati. Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate da UniSalute per conto di SAN.ARTI. nel limite di un massimale di 12.000 € per intervento con l'applicazione di uno scoperto del 20% e di un minimo non indennizzabile di 2.000 €.

Prima del ricovero contattare la Centrale Operativa UniSalute al Numero Verde 800-009603 per chiedere l'autorizzazione.

Ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale - SSN

In caso di ricovero presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale per un intervento presente nell'elenco dell'allegato A) (v. pag. 60), SAN.ARTI., tramite UniSalute, riconosce:

- **indennità sostitutiva o diaria.**

Sottomassimale:

- **100 € per ogni notte di ricovero per i primi 25 giorni con pernottamento**
- **130 € per ogni notte di ricovero a partire dal 26° giorno fino al 100° giorno, con pernottamento in lungodegenza.**

SAN.ARTI., tramite UniSalute, rimborsa integralmente l'eventuale spesa sostenuta nel corso del ricovero per il pernottamento in una camera singola o per Tickets sanitari.

La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

RICOVERO MEDICO PER PATOLOGIA

Ricovero in strutture convenzionate con UniSalute

SAN.ARTI. sostiene i costi per il ricovero medico - per patologia di importanza rilevante compresa nell'allegato B) - che deve avvenire presso le strutture e medici convenzionati con UniSalute. Le spese sostenute da SAN.ARTI. riguardano:

Pre-ricovero

UniSalute rimborsa per conto del Fondo SAN.ARTI. le spese sostenute per gli esami, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuate nei 60 giorni precedenti al ricovero e inerenti alla malattia o all'infortunio che lo ha reso necessario.

Assistenza medica, medicinali, cure durante il periodo di ricovero

SAN.ARTI. riconosce direttamente, tramite UniSalute, i costi per:

- prestazioni mediche e infermieristiche
- consulenze medico-specialistiche
- medicinali
- esami e accertamenti diagnostici
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Rette di degenza

SAN.ARTI. sostiene direttamente, tramite UniSalute, i costi per le rette di degenza. Sono escluse le spese voluttuarie, come ad esempio caffè, giornali, TV, aria condizionata, ecc.

Accompagnatore

Nel caso di ricovero presso strutture sanitarie e medici convenzionati, SAN.ARTI. sostiene direttamente, tramite UniSalute, la retta di vitto e il pernottamento nell'Istituto di cura o in albergo per un accompagnatore.

In caso di ricovero in strutture non convenzionate con UniSalute (previsto solo se non sono presenti strutture convenzionate con la compagnia assicuratrice nella propria provincia di residenza o domicilio) è riconosciuto un rimborso nel limite di 75 € al giorno per un massimo di 25 giorni.

Assistenza infermieristica privata individuale

Sottomassimale: 80 € al giorno per un massimo di 25 giorni per ricovero.

SAN.ARTI. rimborsa, tramite UniSalute, l'assistenza infermieristica privata individuale.

Post ricovero

SAN.ARTI. sostiene direttamente, tramite UniSalute, le spese sostenute nei 90 giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, purché rese necessarie dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero:

- esami e accertamenti diagnostici
- prestazioni mediche e chirurgiche
- prestazioni infermieristiche, se richieste del medico al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura
- cure termali, escluse le spese di natura alberghiera.

Ricovero in strutture non convenzionate con UniSalute

Solo nel caso in cui non siano presenti strutture e medici convenzionati con UniSalute nella provincia di residenza o domicilio, è possibile avvalersi di non convenzionati. Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate da UniSalute per conto di SAN.ARTI. nel limite di un massimale di 12.000 € per ricovero con l'applicazione di uno scoperto del 20% e di un minimo non indennizzabile di 2.000 €.

Prima del ricovero contattare la Centrale Operativa UniSalute al Numero Verde 800-009603 per chiedere l'autorizzazione.

Ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale - SSN

In caso di ricovero presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, per un ricovero medico per patologia presente nell'elenco dell'allegato B) (v. pag. 62), SAN.ARTI. riconosce:

indennità sostitutiva o diaria

Sottomassimale: 40 € al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 100 giorni di ricovero.

Se durante il ricovero sostieni delle spese per il pernottamento in una camera singola o per Tickets sanitari SAN.ARTI., tramite UniSalute, rimborsa integralmente quanto anticipato.

Ricorda che la prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. In caso di Day-hospital non è prevista l'indennità sostitutiva.

UniSalute effettua i rimborsi per conto di SAN.ARTI. con bonifico. È possibile presentare la richiesta di rimborso a UniSalute entro due anni dalla data di emissione dei documenti di spesa.

**Le prestazioni del Piano sanitario erogate
da UniSalute per conto di SAN.ARTI.
sono garantite da:**

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE



GENERALI
Assicurazioni Generali

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Eventuali reclami possono essere inviati a:

UniSalute S.p.A. Funzione Reclami
Via Larga, 8 - 40138 Bologna
reclami@unisalute.it - fax 051 7096892

Per altre informazioni sulle procedure di reclamo consultare il sito
www.unisalute.it/Servizio Clienti e le FAQ/Contatti

ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI AMMESSI

Qualsiasi neoplasia maligna di organo o apparato. La diagnosi per la presa in carico e il successivo rimborso deve essere supportata da certificazione di importante sospetto diagnostico e da idonea documentazione clinica (citologia, istologia, diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali, ecc.).

La presa in carico, secondo questa metodologia, dà una precisione diagnostica molto elevata ma non totalmente certa. Se dalla diagnosi istologica finale risultasse una situazione di benignità, la presa in carico sulla base della diagnosi iniziale sarà comunque onorata.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Anastomosi entero-esofagee
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- Colectomia con qualsiasi tecnica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Ernia inguinale e femorale - addominale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Fistole entero-enteriche
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Interventi di resezione, totale o parziale, dell'esofago
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Intervento per prolasso rettale
- Interventi per ricostruzione delle vie biliari
- Polipectomia per via laparotomica
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Intervento chirurgico per enfisema bolloso
- Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale

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%

GINECOLOGIA

- Interventi per endometriosi
- Isterectomia con eventuale microchirurgia e annessiectomia
- Miomectomia
- Sacrocolpopessi per via addominale per colpocistorettocele

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

UROLOGIA

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

N.B. Tutti gli interventi possono essere eseguiti con la tecnica migliore scelta da parte del chirurgo operatore (endoscopia, a cielo aperto, laparoscopia, robotica, ecc.).

ALLEGATO B - ELENCO PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE AMMESSE

- Anemia acuta con Hb <8 gr/dl
- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) - Fase di riacutizzazione
- Diabete scompensato in trattamento insulinico
- Fasi acute di malattie reumatiche, immunologiche, autoimmuni
- Infarto miocardico
- Infezioni febbrili di qualsiasi organo o apparato che richiedano certezza diagnostica o siano resistenti alle terapie antibiotiche dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata
- Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure; terapia del dolore e cure palliative terminali
- Patologie infiammatorie acute dell'intero distretto addomino pelvico
- Patologie infiammatorie in acuzie dei distretti centrali cuore e grandi vasi e periferici venoso ed arterioso ed eventuali complicanze (embolia, stenosi, ecc.)
- Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato.
- Sindromi influenzali in fase di complicanza e/o di superinfezione batterica dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Tiroiditi acute con interessamento cardiaco

ALLEGATO C - ELENCO DELLE PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- Angio rm con contrasto
- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Rmn cardiaca ad alta risoluzione
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- TAC-PET
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto
- Tomoscintigrafia SPET miocardica

BIOPSIE

- Tutte quale atto medico di prelievo

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: ECOGRAFIE - ECOCOLORDOPPLER

Ecografie

- Ecografia addome inferiore
- Ecografia addome superiore
- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- *Ecocolor Doppler*
- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolor Doppler aorta addominale
- Ecocolor Doppler arti inferiori e superiori
- Ecocolor Doppler tiroide
- Ecocolor Doppler tronchi sovraortici

DIAGNOSTICA STRUMENTALE E SPECIALISTICA

- Campimetria
- Coronarografia

- Ecografia endovascolare
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Esame Urodinamico
- Fluoroangiografia oculare
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE E OPERATIVE

- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

ESAMI ISTOLOGICI E CITOLOGICI

- Anche volti a stadiazioni di tumori maligni, immunoistologia, test di responsività a terapie immunologiche, biologiche, genetiche per i tumori maligni.

MEDICINA NUCLEARE IN VIVO

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Tomografia ad emissione di positroni (PET) per organo distretto-apparato
- Tomoscintigrafia SPET miocardica

RADIOLOGIA CONVENZIONALE CON CONTRASTO

- Colangiografia/colangiografia percutanea

- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Qualsiasi esame contrastografico dell'apparato digerente
- Urografia

RADIOLOGIA CONVENZIONALE SENZA CONTRASTO

- Qualsiasi radiografia di organo o apparato, compreso l'apparato osseo-scheletrico, tra cui l'ortopantomica

TERAPIE

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

VARIE

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

CAUSE DI ESCLUSIONE

SAN.ARTI. offre moltissime garanzie di qualità; esistono tuttavia alcune cause di esclusione dalla copertura sanitaria delle prestazioni erogate da UniSalute per conto di SAN.ARTI. Sono escluse dalla copertura:

1. Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto al punto "Neonati"
2. La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, salvo quanto previsto al punto "Psicoterapia"
3. Le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti "Alta specializzazione", "Prestazioni odontoiatriche particolari", "Implantologia", "Avulsione fino a un massimo di 4 denti" e "Cure conservative"
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. I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, salvo quanto previsto al punto "Alta Specializzazione – terapie: chemioterapia – radioterapia - dialisi"
6. Le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale
7. I ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza salvo quanto previsto ai punti "Ricoveri in lungodegenza" e "Assistenza alla non autosufficienza"
8. Gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo salvo quanto indennizzabile a termini di polizza
9. 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
10. Gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
11. Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente
12. Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti
13. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto
14. Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti
15. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici
16. Le conseguenze dirette o indirette di pandemie

Inoltre, limitatamente alle prestazioni di tipo odontoiatrico, l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.



SAN.ARTI.

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER I LAVORATORI DELL'ARTIGIANATO

UN ARTIGIANO CONOSCE L'IMPORTANZA DELLA PAROLA CURA



I MESI DELLA PREVENZIONE

I Dipendenti iscritti possono utilizzare tutti
i 4 pacchetti prevenzione previsti dal loro
Piano sanitario anziché uno l'anno.

Per i dettagli sull'iniziativa
www.sanarti.it



SAN.ARTI.

FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER I LAVORATORI DELL'ARTIGIANATO

www.sanarti.it



CASARTIGIANI
Confederazione Autonomie Sindacati Artigiani



IL SINDACATO DEI CATTOLICI