

Piani di assistenza 2008 - INFORMATIVA

Il CdA di Uni.C.A., in adunanza 20.12.2007, ha approvato il programma di assistenza sanitaria integrativa 2008 per il personale del Gruppo in servizio (cui è equiparato il personale cessato dal servizio con accesso al Fondo Solidarietà di settore) ed in pensione. Il programma viene realizzato tramite la stipula di apposite polizze assicurative con un pool di primarie Compagnie assicurative (RAS, GENERALI e UNISALUTE). L'impianto relativo al 2007 è stato sostanzialmente confermato, e le coperture migliorate, anche grazie ad un maggior contributo aziendale, pur in presenza di proiezioni relative al rapporto sinistri/premi 2007 non particolarmente positive.

Sono state previste tre coperture principali, alle quali i dipendenti destinatari potranno accedere senza alcun esborso aggiuntivo (ovviamente nel caso in cui il piano includa solo il coniuge e/o figli fiscalmente a carico), essendo il relativo costo di adesione coperto dal contributo versato dalle aziende:

- **STANDARD**, rivolta al personale appartenente alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi di I e II livello
- **PLUS**, rivolta ai Quadri Direttivi di III e IV livello
- **EXTRA**, rivolta ai Dirigenti.

Prossimamente, con apposita comunicazione di dettaglio, verrà attivata la campagna di adesione per il 2008 (non prima di metà gennaio p.v.). **Vi invitiamo a prendere sin d'ora visione delle coperture sanitarie e relative condizioni di accesso, in modo da poter aderire al piano prescelto non appena avviata la campagna di adesione (che sarà attiva sul portale UniCredit per non più di due settimane).**

Non sarà consentita l'opzione per un piano corrispondente ad un inquadramento inferiore rispetto a quello posseduto; sarà invece possibile optare per un piano il cui costo sia superiore rispetto a quello di pertinenza (il maggior costo rimarrà ovviamente a carico del Dipendente).

In caso di mancata indicazione del piano, verrà assegnato il piano corrispondente all'inquadramento posseduto.

Sarà possibile rinunciare espressamente all'assistenza, con perdita del contributo aziendale (che non sarà corrisposto sotto alcuna altra forma).

I dipendenti del Triveneto che hanno aderito nel 2007 ai piani specifici (pacchetto Triveneto, pacchetto Treviso) potranno optare, per il 2008, per:

- La conservazione delle coperture 2007, alle stesse condizioni, e, per il pacchetto Treviso, con il medesimo contributo 2007 a carico del dipendente
- Una delle coperture sopraccitate (STANDARD, PLUS, EXTRA), alle stesse condizioni del restante personale, ovviamente, integrando il costo in caso di scelta di piano superiore rispetto a quello di pertinenza per inquadramento.

Nel corso della seconda metà del 2008, inoltre, Uni.C.A. attiverà a complemento delle citate coperture, specifiche iniziative di prevenzione, in riferimento alle quali verranno a suo tempo trasmesse idonee comunicazioni.

Si ritiene opportuno:

- Illustrare in sintesi le caratteristiche delle tre coperture principali, raffrontandole con quelle del 2007.
- illustrare fin d'ora in dettaglio i contenuti dei piani previsti e le regole che dovranno essere osservate nella scelta, in modo che ciascun interessato possa disporre da subito dei necessari elementi di valutazione.

A pag. 5 è riportato un prospetto con il costo dei piani principali per le adesioni e alle pag. 7 e seguenti un raffronto delle prestazioni offerte.

Di seguito, la sintesi delle nuove coperture ed il raffronto con le coperture 2007.

Copertura Standard

1. condizioni previste dalla polizza BASE 2007 con estensione a tutte le "Visite Specialistiche" fermo il massimale di € 2.500,00 (franchigia € 20 per la rete) e lo scoperto 20% minimo € 60,00 per il fuori rete;
2. rimborso ticket per prestazioni previste dal piano e diagnostica ordinaria
3. Interventi plafonati: plafond riferiti solo al ricovero/evento - rimborso delle spese pre/post non compreso nei limiti;
4. Interventi plafonati: elevazione del limite di rimborso per secondo e successivi interventi al 70% (contro l'attuale 60%)
5. Interventi plafonati su patologie tumorali/neoplastiche: massimale elevato da 8.000,00 a 10.000,00 euro per tiroidectomia, asportazione cisti ovariche; massimale elevato da 15.000,00 a 18.000,00 per interventi sulla prostata, isterectomia.

Copertura Plus

1. condizioni previste dalla polizza BASE Più 2007, comprensiva della copertura aggiuntiva a pagamento;
2. Riduzione dello scoperto minimo per i ricoveri fuori rete a € 1.200,00, ferma la percentuale del 10%;
3. Riduzione della franchigia per gli interventi chirurgici ambulatoriali fuori rete a € 400,00;
4. Interventi plafonati: Plafond riferiti solo al ricovero/evento - rimborso delle spese pre/post non comprese nei limiti;
5. Interventi plafonati: elevazione del limite di rimborso per secondo e successivi interventi al 70% (contro l'attuale 60%);
6. Interventi plafonati su patologie tumorali/neoplastiche: massimale elevato da 8.000,00 a 10.000,00 euro per tiroidectomia, asportazione cisti ovariche;

massimale elevato da 15.000,00 a 18.000,00 per interventi sulla prostata, isterectomia

7. Inserimento in pacchetto prevenzione di: ecodoppler carotideo e ecografia addome
8. Inserimento garanzia per fisioterapia da infortunio e anche a seguito di: ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative e omeoplastiche, con massimale di euro 500,00 per nucleo/anno, con scoperto 20%, minimo 60 euro per ciclo.

Copertura **Extra**

1. condizioni previste dalla polizza Extra 2007;
2. Interventi plafonati: Plafond riferiti solo al ricovero/evento - rimborso delle spese pre/post non comprese nei limiti;
3. Interventi plafonati: elevazione del limite di rimborso per secondo e successivi interventi al 70% (contro l'attuale 60%);
4. Interventi plafonati su patologie tumorali/neoplastiche: massimale elevato da 8.000,00 a 10.000,00 euro per tiroidectomia, asportazione cisti ovariche; massimale elevato da 15.000,00 a 18.000,00 per interventi sulla prostata, isterectomia
5. Inserimento in pacchetto prevenzione di: ecodoppler carotideo e ecografia addome
6. Inserimento garanzia per fisioterapia da infortunio e anche a seguito di: ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative e omeoplastiche.

PROGRAMMA PER IL PERSONALE IN SERVIZIO

Il programma è rivolto al personale in servizio al 1.1.2008 con contratto a tempo indeterminato (inclusi apprendistato e formazione-lavoro) o a tempo determinato (di durata almeno pari a 6 mesi continuativi nell'anno solare ovvero in cumulo con l'anno solare precedente; in caso di proroga, i periodi del precedente contratto a tempo determinato valgono per il computo dei 6 mesi, ma il diritto ad aderire alla copertura decorre dalla data della proroga).

Il programma e' altresì rivolto al personale cessato dal servizio nel corso del 2007 con accesso alle prestazioni del Fondo di Solidarietà di settore.

Propone, come detto sopra, la scelta fra 3 diversi piani, con contenuti e costi crescenti: STANDARD, PLUS ed EXTRA. L'inquadramento che dà titolo al piano di pertinenza è quello relativo al 1.1.2008: eventuali promozioni nel corso del 2008 non avranno rilievo.

Per i Dirigenti (inseriti nel piano EXTRA) sono inoltre previste prestazioni aggiuntive, per le quali verrà data informativa separata.

I Coniugi (o Conviventi) entrambi dipendenti di aziende del Gruppo che non vogliono aderire individualmente a uno dei piani previsti avranno la possibilità di essere inseriti in un piano come unico nucleo familiare: in questo caso uno dei due (a scelta degli interessati) rientrerà nel piano prescelto in qualità di Familiare dell'altro (Coniuge non fiscalmente a carico/Convivente more uxorio), pagando il previsto contributo (solo per l'eventuale differenza rispetto al contributo aziendale spettantegli in quanto Dipendente, se inferiore: se invece il contributo aziendale fosse superiore a quello da pagare come Familiare, la

differenza non potrà comunque essere utilizzata). All'avvio della campagna di adesione verranno date dettagliate istruzioni per questo caso.

PERSONALE IN PENSIONE

Il programma è rivolto al personale in pensione che abbia aderito al programma di assistenza 2007, ai neo-pensionati 2007, e a chi sia cessato dal servizio nel corso del 2007 in previsione del pensionamento.

Ai Pensionati sono equiparati i familiari superstiti di dipendenti deceduti, purché titolari di pensione di reversibilità.

A questi soggetti viene offerta la scelta fra 4 piani, BASE, STANDARD, PLUS ed EXTRA, per gli ultimi tre con prestazioni identiche a quelle previste per i Dipendenti in servizio, ma costo più elevato (in ragione della maggiore incidenza delle spese sanitarie su questa categoria).

L'informativa, con le condizioni di accesso, e la scheda per l'adesione e scelta del piano verranno inviate a domicilio con lettera raccomandata, a cura di Uni.C.A. Per questo personale, la mancata adesione al programma 2008 comporterà - a termini di Statuto - l'impossibilità di aderire al programma di assistenza in anni successivi.

PIANO OPZIONALE PER LA COPERTURA DELLE SPESE DENTARIE

Ogni Dipendente o Pensionato aderente al programma di assistenza avrà la possibilità di attivare, se lo desidera, un ulteriore piano per la copertura delle cure dentarie, alle condizioni indicate alle pagg. 5 (costi) e 33 (prestazioni).

FAMILIARI

Coniuge e Figli fiscalmente a carico di Dipendenti e Pensionati sono inclusi nella copertura senz'altro onere che il pagamento del costo previsto per il capofamiglia.

È possibile includere in copertura, a pagamento, i familiari fiscalmente non a carico e quelli a carico diversi da Coniuge e Figli, secondo i termini indicati nel prospetto COSTO DEI PIANI E SOGGETTI INCLUDIBILI IN COPERTURA (vds. pagina seguente), a condizione che l'inclusione riguardi **TUTTI i componenti del nucleo familiare conviventi** (in base allo stato di famiglia): possono essere esclusi da tale obbligo i familiari che abbiano già una propria copertura sanitaria (previa presentazione di dichiarazione dell'ente che fornisce tale copertura con i dati anagrafici del familiare interessato).

È ammessa inoltre l'estensione al Convivente more uxorio e ai Genitori non conviventi, sempre nei termini di cui al citato prospetto.

L'inclusione di familiari dopo la chiusura della campagna di adesione sarà ammessa solo se collegata al **cambio di stato di famiglia** e sarà attivata dal mese successivo a quello della data di comunicazione a Uni.C.A. .

L'inclusione in copertura è ammessa fino al termine dell'annualità nella quale si compiono 85 anni. L'assicurazione è comunque proseguibile con patto speciale (in proposito si possono chiedere informazioni a Uni.C.A. tramite la casella e-mail interna "UniCredit – Unica") .

COSTO DEI PIANI E SOGGETTI INCLUDIBILI IN COPERTURA

COSTO DEL PIANO (€)	Piano STANDARD	Piano PLUS	Piano EXTRA
	Costo Adesione	Costo Adesione	Costo Adesione
SOGGETTI INCLUDIBILI			
DIPENDENTE e CONIUGE (1) / FIGLI fiscalmente a carico (2)	400	680	1050
CONIUGE (1) / FIGLI non fiscalm. a carico e ALTRI FAMILIARI (indipendentemente dal carico fiscale)			
• Coniuge (o Convivente more uxorio)	275	380	545
• Figlio convivente	240	355	465
• Altro familiare convivente	540	760	880
• Genitore oltre 60 anni, non convivente, con limite reddito (3)	700	980	1100

(1) Il Coniuge separato è ammesso a fruire della copertura, con pagamento della quota prevista per il Coniuge non fiscalmente a carico.

(2) I Figli fiscalmente a carico (purché segnalati nel modulo di adesione) sono sempre compresi nel costo previsto per il Dipendente o Pensionato, quale che sia la ripartizione del carico fiscale fra i genitori.

(3) A condizione che il reddito 2006 (da CUD, 730 o Unico 2007) non superi quello previsto dall'INPS per il carico ai fini degli assegni familiari 2007 (€ 7.370,64 annui).

Copertura opzionale a pagamento CURE DENTARIE (abbinabile a ogni Piano)

COSTO	DIPENDENTI (per l'intero nucleo familiare assicurato)	€ 650
-------	---	-------

GESTIONE DELLA PRESTAZIONI IN RETE NEL PERIODO ANTECEDENTE L'ACQUISIZIONE DELLE ADESIONI 2008

Durante detto periodo è possibile fruire di prestazioni nella Rete convenzionata per il Dipendente titolare del nucleo o per un familiare già incluso in copertura nel 2007, utilizzando uno dei seguenti canali:

- fax, previa compilazione e sottoscrizione del modulo scaricabile dal portale UniC.A.-Assirecre, sotto la voce modulistica, e previa indicazione scritta, sul modulo citato e sotto la propria responsabilità, del piano di assistenza che ci si impegna a scegliere per il 2008 (piano che naturalmente deve prevedere la prestazione richiesta), da trasmettere ad Assirecre al numero 06-87435045 ovvero 06-87435055;
- mail, previa compilazione e sottoscrizione del modulo scaricabile dal portale UniC.A.-Assirecre, sotto la voce modulistica e previa indicazione scritta, sul modulo citato e sotto la propria responsabilità, del piano di assistenza che ci si impegna a scegliere per il 2008 (piano che naturalmente deve prevedere la prestazione richiesta), da trasmettere come allegato a info@cassaunica.it, indicando nell'oggetto della mail: richiesta di prenotazione/preattivazione 2008.

Sino a diversa comunicazione non e' dunque ammesso l'uso del canale web per le richieste di prenotazione e preattivazione di prestazioni in rete convenzionata.

È invece esclusa la possibilità di fruire di prestazioni in Rete per i familiari non inclusi in copertura nel 2007 prima dell'avvenuto recepimento dell'adesione da parte di Uni.C.A. .

L'eventuale indicazione, sul modulo di adesione, di un piano di assistenza che non risulti congruente rispetto alle prestazioni fruite e alla dichiarazione resa alla Centrale Operativa verrà adeguata d'ufficio.

Per l'accesso alle prestazioni in rete relative alla copertura opzionale a pagamento cure dentarie, gli assistiti dovranno contattare Primadent al seguente numero verde 800 915 713.

TRATTAMENTO FISCALE DELLE SOMME DESTINATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA

In base alle vigenti norme, il costo dell'assistenza sanitaria (contributo azienda e quota pagata individualmente, anche per i familiari) non concorre a formare reddito fino all'importo di € 3.615,20 annui. Per il personale in servizio la deduzione verrà operata direttamente dal datore di lavoro.

RAFFRONTO PIANI DI ASSISTENZA 2008

Nelle pagine che seguono sono illustrate le prestazioni previste dal programma Uni.C.A. 2008 a favore del personale del Gruppo.

Ad ogni prestazione è dedicata una tabella, con il raffronto fra le previsioni dei vari piani.

Le prestazioni sono raggruppate in 3 categorie:

- **Area ricovero** (prestazioni attinenti a ricoveri - con o senza intervento - in casa di cura, day hospital o ambulatorio)
- **Area specialistica** (visite, accertamenti diagnostici e altre prestazioni specialistiche)
- **Area Prestazioni accessorie** (prestazioni di diversa natura riconducibili all'ambito sanitario).

Le variazioni al contenuto delle prestazioni assistenziali rispetto allo scorso anno sono segnalate in carattere **rosso**:

- STANDARD 2008 rispetto a BASE 2007
- PLUS 2008 rispetto a BASE+ e aggiuntiva a pagamento 2007
- EXTRA 2008 rispetto a EXTRA 2007.

Nell'ultima pagina sono riportate le previsioni della copertura opzionale per spese dentarie.

Il termine "Rete" utilizzato nell'esposizione fa riferimento alla Rete di strutture sanitarie convenzionate con Assi.re.cre., il provider di Uni.C.A.: informazioni sulle strutture convenzionate possono essere richieste al **Numero Verde 800 916421**, o visionate nell'area del Portale Assirecre dedicata a Uni.C.A.

Vi invitiamo a prendere visione delle strutture convenzionate, in virtù dell'intervenuto aggiornamento delle medesime.

Unica eccezione a quanto sopraevidenziato, la Rete Primadent che assicura le prestazioni in rete relative alla copertura opzionale per spese dentarie.

Questa esposizione è un estratto per schemi dei contenuti della copertura concordata con le Compagnie, finalizzato a fornire un quadro comparativo in vista della scelta del piano di assistenza da parte del personale interessato. Verranno successivamente resi disponibili gli estratti dei testi delle polizze assicurative, che fanno fede nei rapporti con le Compagnie medesime.

AREA RICOVERO

RICOVERI CON INTERVENTO CHIRURGICO	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi Medicine, accertam. diagnostici, fisioterapia cure Accompagnatore (Rete: senza limiti) No Rete: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.) Assistenza infermieristica (max. 30 gg. per evento/€ 50 gg.)	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi Medicine, accertam. diagnostici, fisioterapia, cure Accompagnatore (Rete: senza limiti) No Rete: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.) Assistenza infermieristica (max. 30 gg. per evento / € 50 gg.)	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi Medicine, accertam. diagnostici, fisioterapia, cure Accompagnatore (Rete: senza limiti) No Rete: max. 90 gg. per evento / € 80 gg.) Assistenza infermieristica (senza limiti)
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti No Rete: € 200 al gg.	Rete: senza limiti No Rete: € 250 al gg.	Rete: senza limiti No Rete: € 258 al gg.
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 150.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 500.000 nucleo/anno per RICOVERI
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200	Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200	Rete: 0 No Rete: 10% min. € 1.200
NOTE	Trapianti: rimborso spese chirurgiche donante Plafond per determinati interventi (lista a pag. seguente)		

INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI	PLAFOND (riferito al solo ricovero/evento – rimborso delle spese pre/post non compreso nel suddetto plafond)
Legatura e stripping di vene	€ 3.500
Rinosettoplastica	€ 3.500
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 4.000
Intervento per emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole	€ 4.000
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo	€ 4.000
Interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi)	€ 5.000
Isteroscopia operativa	€ 5.000
Cistectomia (esclusa Cistectomia totale)	€ 5.000
Miomectomia	€ 7.500
Ricostruzione dei legamenti	€ 7.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Asportazione di cisti ovariche	€ 10.000
Tiroidectomia	€ 10.000
Interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti)	€ 8.000
Colecistectomia	€ 8.500
Ernia del disco	€ 12.000
Artrodesi vertebrale	€ 13.000
Interventi sulla prostata	€ 18.000
Isterectomia	€ 18.000
Artroprotesi anca e ginocchio	€ 25.000
NOTE	Ove nello stesso ricovero vengano effettuati due interventi compresi in questo elenco, si applica il plafond a 100% per l'intervento principale (come definito dal chirurgo) e al 70% per quello secondario; l'eventuale franchigia prevista viene applicata una sola volta, sull'intero ammontare della spesa.

AREA RICOVERO

RICOVERI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI DURANTE	<p>Onorari medici Medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, cure Accompagnatore (Rete: senza limiti No Rete: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.) Assistenza infermieristica (max. 30 gg. per evento / € 50 gg.)</p>	<p>Onorari medici Medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, cure Accompagnatore (Rete: senza limiti No Rete: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.) Assistenza infermieristica (max. 30 gg. per evento / € 50 gg.)</p>	<p>Onorari medici Medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, cure Accompagnatore (Rete: senza limiti No Rete: max. 90 gg. per evento / € 80 gg.) Assistenza infermieristica (senza limiti)</p>
PRESTAZIONI PRE	<p>Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.</p>	<p>Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.</p>	<p>Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.</p>
PRESTAZIONI POST	<p>Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.</p>	<p>Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.</p>	<p>Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.</p>
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	<p>Rete: senza limiti No Rete: € 200 al gg.</p>	<p>Rete: senza limiti No Rete: € 250 al gg.</p>	<p>Rete: senza limiti No Rete: € 258 al gg.</p>
MASSIMALE	<p>100.000 nucleo/anno per RICOVERI</p>	<p>150.000 nucleo/anno per RICOVERI</p>	<p>500.000 nucleo/anno per RICOVERI</p>
SCOPERTO FRANCHIGIA	<p>Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200</p>	<p>Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200</p>	<p>Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200</p>

AREA RICOVERO

GRANDI INTERVENTI	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI DURANTE	<p>Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi Medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, cure Accompagnatore (Rete: senza limiti No Rete: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.) Assistenza infermieristica (max. 30 gg. x evento / € 50 gg.)</p>	<p>Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi Medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, cure Accompagnatore (Rete: senza limiti No Rete: max. 30 gg. per evento / € 50 gg.) Assistenza infermieristica (max. 30 gg. x evento / € 50 gg.)</p>	<p>Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi Medicinali, accertamenti diagnostici, fisioterapia, cure Accompagnatore (Rete: senza limiti No Rete: max. 90 gg. per evento / € 180 gg.) Assistenza Infermieristica (senza limiti)</p>
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti No Rete: € 250 al gg.	Rete: senza limiti No Rete: € 250 al gg.	Rete: senza limiti No Rete: € 258 al gg.
MASSIMALE	€ 200.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 300.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 500.000 nucleo/anno per RICOVERI
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200	-	-
NOTE	<p>Trapianti: rimborso spese chirurgiche donante Gli interventi plafonati (elenco a pag. 9) non possono fruire di questo trattamento</p>		

ELENCO GRANDI INTERVENTI

NEUROCHIRURGIA

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
Interventi di cranioplastica
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
Asportazione tumori dell'orbita
Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Interventi per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
Ricostruzione della catena ossiculare
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococchi polmonare
Pneumectomia totale o parziale
Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi con esofagoplastica
Intervento per mega-esofago
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Interventi di amputazione del retto-ano
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Drenaggio di ascesso epatico
Interventi per echinococchi epatica
Resezioni epatiche
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi ricostruttivi vescicali, con o senza ureterosigmoidostomia

UROLOGIA (segue)

Cistoprostatovescicolectomia
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per costola cervicale
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi di resezione di corpi vertebrali
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla o gomito

CHIRURGIA PEDIATRICA

(solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)
Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
Correzione chirurgica di megauretere congenito
Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti

AREA RICOVERO

PARTO CESAREO	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe Diritti sala parto Materiali Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari equipe Diritti sala parto Materiali Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari equipe Diritti sala parto Materiali Medicinali, accertamenti diagnostici, cure Accompagnatore (max. 30 gg. per evento / €52 gg.)
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Senza sottolimiti	Senza sottolimiti	Senza sottolimiti
MASSIMALE	€ 3.500 anno/nucleo (comprensivo di tutte le spese di cui sopra) entro quello per RICOVERI	€ 4.000 anno/nucleo (comprensivo di tutte le spese di cui sopra) entro quello per RICOVERI	€ 8.000 anno/nucleo (comprensivo di tutte le spese di cui sopra) entro quello per RICOVERI

AREA RICOVERO

PARTO FIOLOGICO	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe Diritti sala parto Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari equipe Diritti sala parto Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari equipe Diritti sala parto Medicinali, accertamenti diagnostici, cure Accompagnatore (max. 30 gg. per evento / €52 gg.)
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Senza sottolimiti	Senza sottolimiti	Senza sottolimiti
MASSIMALE	€ 2.500 anno/nucleo (comprensivo di tutte le spese di cui sopra) entro quello per RICOVERI	€ 3.000 anno/nucleo (comprensivo di tutte le spese di cui sopra) entro quello per RICOVERI	€ 5.000 anno/nucleo (comprensivo di tutte le spese di cui sopra) entro quello per RICOVERI
NOTE	Trattamento applicato anche all'aborto terapeutico		

AREA RICOVERO

PRESTAZIONI PER RICOVERI A TOTALE CARICO S.S.N.	STANDARD	PLUS	EXTRA
DIARIA SOSTITUTIVA	€ 55 al gg. (50% per Day Hospital)	€ 55 al gg. € 30 al gg. Day Hospital € 75 al gg. x Grande Intervento	€ 100 al gg. (50% per Day Hospital) € 100 al gg. x Grande Intervento
LIMITI	90 gg. persona/anno	120 gg. persona/anno	300 gg. persona/anno
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.

AREA RICOVERO

DAY HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari equipe Diritti sala operatoria Materiali ed endoprotesi Medicinali, accertamenti diagnostici, cure
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti No Rete: € 200 al gg.	Rete: senza limiti No Rete: € 250 al gg.	Rete: senza limiti No Rete: € 258 al gg.
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 150.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 500.000 nucleo/anno per RICOVERI
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200	Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200	Rete: 0 No Rete: 10% min. € 1.200
NOTE	Plafond per determinati interventi (lista a pag. 9)		

AREA RICOVERO

DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI DURANTE	Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Medicinali, accertamenti. diagnostici, cure
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	-
RETTE DEGENZA (ricoveri non SSN)	Rete: senza limiti No Rete: € 200 al gg.	Rete: senza limiti No Rete: € 250 al gg.	Rete: senza limiti No Rete: € 258 al gg.
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 150.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 500.000 nucleo/anno per RICOVERI
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200	Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200	Rete: € 350 No Rete: 10% min. € 350

AREA RICOVERO

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari specialista Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari specialista Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari specialista Medicinali, accertamenti diagnostici, cure
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.
MASSIMALE	€ 100.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 150.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 500.000 nucleo/anno per RICOVERI
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 250 No Rete: 10% min. € 400	Rete: € 250 No Rete: 10% min. € 400	Rete: 0 No Rete: 10% min. € 350
NOTE	Plafond per determinati interventi (lista a pag. 9)		

AREA RICOVERO

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI DURANTE	Onorari specialista Implantologia dentale Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari specialista Implantologia dentale Medicinali, accertamenti diagnostici, cure	Onorari specialista Implantologia dentale Medicinali, accertamenti diagnostici, cure
PRESTAZIONI PRE	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.
MASSIMALE	10.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra) entro quello per RICOVERI	15.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra) entro quello per RICOVERI	20.000 nucleo/anno (comprensivo di tutte le spese di cui sopra) entro quello per RICOVERI
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200	Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 1.200	Rete: 0 No Rete: 10% min. € 1.200
NOTE	La copertura riguarda: - osteiti mascellari - neoplasie ossee della mandibola o della mascella - cisti follicolari o radiocolari - adamantinoma - odontoma È richiesta la presentazione di documentazione particolare (vds. estratto polizza).	La copertura riguarda: - osteiti mascellari - neoplasie ossee della mandibola o della mascella - cisti follicolari o radiocolari - adamantinoma - odontoma È richiesta la presentazione di documentazione particolare (vds. estratto polizza).	La copertura riguarda: - osteiti mascellari - neoplasie ossee della mandibola o della mascella - cisti follicolari o radiocolari - adamantinoma - odontoma È richiesta la presentazione di documentazione particolare (vds. estratto polizza).

AREA RICOVERO

MIOPIA	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONE	-	Rimborso spese chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ed eventuali rette di degenza	Rimborso spese chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ed eventuali rette di degenza
PRESTAZIONI PRE	-	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche nei 100 gg.
PRESTAZIONI POST	-	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.	Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, fisioterapia, cure (anche termali) nei 100 gg.
CONDIZIONI	-	Differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie	Miopia pari o superiore a 4 diottrie per ciascun occhio o 8 diottrie complessive, su soggetti con almeno 25 anni di età. Nessun limite d'età in caso di deficit visivo superiore a 8 diottrie per ogni occhio
MASSIMALE	-	€ 150.000 nucleo/anno per RICOVERI	€ 500.000 nucleo/anno per RICOVERI
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	Rete: € 500 No Rete: 10% min. € 500/1.500 (in base a tipologia intervento: ambulatoriale o con ricovero)	Rete: 0 No Rete: 10% min. € 350/1.200 (in base a tipologia intervento: ambulatoriale o con ricovero)

AREA SPECIALISTICA

ALTA SPECIALIZZAZIONE (CURE E ALTA DIAGNOSTICA)	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	Rimborso per: <ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia • Cobaltoterapia • Dialisi • Radioterapia • Laserterapia + 33 prestazioni diagnostiche (vds. NOTE)	Rimborso per: <ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia • Cobaltoterapia • Dialisi • Radioterapia • Laserterapia + 34 prestazioni diagnostiche (vds. NOTE)	Rimborso per: <ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia • Cobaltoterapia • Dialisi • Radioterapia • Laserterapia + 34 prestazioni diagnostiche (vds. NOTE)
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista	Prescrizione medico ASL o specialista	Prescrizione medico ASL o specialista
MASSIMALE	€ 4.500 nucleo/anno	€ 5.000 nucleo/anno	€ 7.500 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: 0 No Rete: 20% min. € 60 per prestazione/ciclo terapia	Rete: 0 No Rete: 20% min. € 60 per prestazione/ciclo terapia	Rete: 0 No Rete: 20% min. € 40 per patologia /infortunio
NOTE	<u>ELENCO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE</u> Angiografia - Artrografia - Broncografia - Cisternografia - Cistografia - Clisma opaco - Colangiografia - Colangiografia percutanea - Colecistografia - Dacriocistografia - Defecografia - Discografia - Ecografia (esclusa per il piano STANDARD) - Elettromiografia - Fistelografia - Flebografia - Fluorangiografia - Galattografia - Isterosalpingografia - Linfografia - Mammografia - Mielografia - Pneumoencefalografia - Retinografia - Risonanza Magnetica Nucleare - Rx esofago, Rx tubo digerente - Scialografia - Scintigrafia - Splenoportografia - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) - Tomografia logge renali, Tomoxerografia - Tomografia torace, Tomografia in genere - Urografia - Vesciculodeferentografia		

AREA SPECIALISTICA

VISITE SPECIALISTICHE	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	Rimborso onorari visite, escluse: -Pediatrie di controllo -Odontoiatriche e ortodontiche (salvo il caso di infortunio)	Rimborso onorari visite, escluse: -Pediatrie di controllo -Odontoiatriche e ortodontiche (salvo il caso di infortunio)	Rimborso onorari visite, escluse: -Pediatrie di controllo -Odontoiatriche e ortodontiche (salvo il caso di infortunio) -Psicologiche (non seguite da cura)
CONDIZIONI	Prescrizione medico ASL o specialista	Prescrizione medico ASL o specialista	Prescrizione medico ASL o specialista
MASSIMALE	€ 2.500 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno	€ 5.500 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	Rete: € 20 No Rete: 20% min. € 60 per visita	Rete: 0 No Rete: 20% min. € 60 per visita	Rete: 0 No Rete: 20% min. € 50 per fattura
NOTE	Odontoiatriche e ortodontiche ammesse a rimborso se conseguenti a infortunio (vds. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO a pag. 29).	Odontoiatriche e ortodontiche ammesse a rimborso se conseguenti a infortunio (vds. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO a pag. 29).	Odontoiatriche e ortodontiche ammesse a rimborso se conseguenti a infortunio (vds. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO a pag. 29). Comprese VISITE OMEOPATICHE E CICLI DI TERAPIA OMEOPATICA, prestati esclusivamente in forma rimborsale (per “cicli di terapia omeopatica” s’intendono forme terapeutiche che prevedono la somministrazione dei farmaci direttamente da parte dell’omeopata presso il proprio ambulatorio).

AREA SPECIALISTICA

DIAGNOSI COMPARATIVA (SECOND OPINION)	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	-	-	Valutazione diagnostica per le più gravi patologie da parte dei maggiori specialisti a livello mondiale con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata
CONDIZIONI	-	-	Il servizio può essere attivato per le seguenti patologie: <ul style="list-style-type: none"> • Morbo di Alzheimer • AIDS • Cecità • Malattie neoplastiche maligne • Problemi cardiovascolari • Sordità • Insufficienza renale • Perdita della parola • Trapianti degli organi vitali • Patologie neuromotorie • Sclerosi Multipla • Paralisi • Morbo di Parkinson • Ictus • Coma
NOTE			Qualora lo desideri, l'utente può richiedere una visita presso lo specialista che ha valutato il caso.

AREA SPECIALISTICA

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSTICA ORDINARIA)	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONE	-	Rimborso spese (esclusi accertamenti odontoiatrici e ortodontici, salvo in caso di infortunio)	Rimborso spese (esclusi accertamenti odontoiatrici e ortodontici, salvo in caso di infortunio)
CONDIZIONI	-	Prescrizione medico ASL o specialista	Prescrizione medico ASL o specialista
MASSIMALE	-	Compreso in € 3.000 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE	Compreso in € 5.500 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	Rete: 0 No Rete: 15% min. € 60 per fattura	Rete: 0 No Rete: 20% min. € 50 per fattura
NOTE	33 prestazioni comprese in ALTA SPECIALIZZAZIONE (pag. 21). Accertamenti odontoiatrici e ortodontici ammessi a rimborso in caso di infortunio (vds. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO a pag. 29).	34 prestazioni comprese in ALTA SPECIALIZZAZIONE (pag. 21).	

AREA SPECIALISTICA

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Prevenzione)	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	-	<p>Diagnostica per screening preventivo di base, effettuata in strutture della Rete, senza prescrizione né esborso per gli interessati (prenotazione obbligatoria tramite Centrale Operativa).</p> <p>Copre il Dipendente e il Coniuge/Convivente more uxorio.</p> <p><u>Elenco prestazioni</u></p> <p>Una volta l'anno, a prescindere dall'età:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prelievo venoso • ALT • AST • gamma GT • glicemia • colesterolo totale • colesterolo HDL • trigliceridi • urea • creatinina • emocromo • tempo di tromboplastina parziale (PTT) • tempo di protrombina (PT) • VES • esame urine. • ecodoppler carotideo • ecografia addome <p>Una volta l'anno, oltre i 45 anni di età: PAP test per le donne.</p> <p>Una volta l'anno, oltre i 50 anni di età: PSA (specifico antigene prostatico) per gli uomini.</p>	
NOTE	<p>Nel corso del 2008 per gli iscritti a Uni.C.A. verranno definite e attivate iniziative mirate alla prevenzione (che potranno modificare e completare la prestazione sopra indicata).</p>		

AREA SPECIALISTICA

FISIOTERAPIA	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	-	Rimborso costo terapia	Rimborso costo terapia
CONDIZIONI	-	Trattamenti a seguito infortunio Certificazione Pronto Soccorso e prescrizione medico ASL o specialista Prestazioni rese da personale abilitato Trattamento a seguito di Ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative e omeoblastiche a seguito prescrizione medica Prestazioni rese da personale abilitato	Trattamenti a seguito infortunio Certificazione Pronto Soccorso e prescrizione medico ASL o specialista Prestazioni rese da personale abilitato Trattamento a seguito di Ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative e omeoblastiche a seguito prescrizione medica Prestazioni rese da personale abilitato
MASSIMALE	-	€ 500 nucleo/anno	Compreso in € 5.500 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	20% min. € 60 per ciclo (esclusi centri estetici o di fitness)	20% min. € 50 per l'insieme delle prestazioni relative all'evento (esclusi centri estetici o di fitness)
NOTE			

AGOPUNTURA	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	-	-	Rimborso costo terapia
CONDIZIONI	-	-	Prescrizione medico ASL o specialista Prestazioni rese da un medico
MASSIMALE	-	-	Compreso in € 5.500 nucleo/anno per VISITE SPECIALISTICHE
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	Garanzia prestata solo a rimborso 20% min. € 40 per fattura

PSICOTERAPIA	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	-	-	Rimborso cure e visite seguite da cure
CONDIZIONI	-	-	Prescrizioni medico SSN o specialistica Prestazioni rese da personale abilitato
MASSIMALE	-	-	€ 1.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	50% spesa

AREA SPECIALISTICA

RIMBORSO TICKET S.S.N.	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	Rimborso TICKET per prestazioni previste dal piano e diagnostica ordinaria	Rimborso TICKET per prestazioni previste dal piano Vengono comunque rimborsati i TICKET per tutti gli ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (ALTA DIAGNOSTICA e DIAGNOSTICA ORDINARIA)	Rimborso TICKET per prestazioni previste dal piano
MASSIMALE	La spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione. Sottolimite pari a euro 500 per la DIAGNOSTICA ORDINARIA (ivi compresa Ecografia), ricompreso nel massimale delle Visite Specialistiche.	La spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione	La spesa rientra nel massimale previsto per il singolo tipo di prestazione

AREA SPECIALISTICA

CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	Rimborso spese conseguenti a infortunio	Rimborso spese conseguenti a infortunio	Rimborso spese conseguenti a infortunio
CONDIZIONI	Certificazione Pronto Soccorso	Certificazione Pronto Soccorso	Certificazione Pronto Soccorso
MASSIMALE	€ 3.000 nucleo/anno	€ 4.000 nucleo/anno	€ 7.000 nucleo/anno

LENTI	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	-	-	Rimborso occhiali e lenti a contatto
CONDIZIONI	-	-	Prescrizione di medico oculista, ottico optometrista od ortottico a seguito di variazione del visus
MASSIMALE	-	-	€ 400 nucleo/anno € 150 persona/anno
NOTE			Compresa montatura occhiali

AREA SPECIALISTICA

PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	Spesa per acquisto, riparazione, sostituzione	Spesa per acquisto, riparazione, sostituzione	Spesa per acquisto, riparazione, sostituzione
CONDIZIONI	-	-	-
MASSIMALE	€ 3.000 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	PROTESI ORTOP. E ACUSTICHE: nessuno Estensioni in NOTE: 30% min. € 50 per prescrizione
NOTE			La copertura si estende a: - presidi ortopedici - cinti erniari - busti ortopedici curativi - protesi oculari - ausili mobilità - ausili udito - ausili fonazione. Sono escluse: - calzatura a plantare - corsetteria e busti estetico/formativi.

PRESTAZIONI IN PRONTO SOCCORSO	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	Prestazioni ambulatoriali a seguito infortunio senza ricovero (gessi, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto)	Prestazioni ambulatoriali a seguito infortunio senza ricovero (gessi, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto)	Prestazioni ambulatoriali a seguito infortunio senza ricovero (gessi, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto)
MASSIMALE	€ 1.000 per evento	€ 1.000 per evento	€ 1.000 per evento

AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE

CURA TOSSICODIPENDENTI	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	Contributo spese sostenute per il recupero	Contributo spese sostenute per il recupero	Contributo spese sostenute per il recupero
CONDIZIONI	Recupero presso Comunità terapeutiche convenzionate ASL	Recupero presso Comunità terapeutiche convenzionate ASL	Recupero presso Comunità terapeutiche convenzionate ASL
MASSIMALE	€ 3.000 per persona (da rapportare al n.ro richieste/anno di tutti gli iscritti al piano, entro tetto max. € 30.000)	€ 3.000 per persona (da rapportare al n.ro richieste/anno di tutti gli iscritti al piano, entro tetto max. € 30.000)	€ 3.000 per persona (da rapportare al n.ro richieste/anno di tutti gli iscritti al piano, entro tetto max. € 30.000)

TRASPORTO SANITARIO	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	Ambulanza per Italia Tutti i mezzi per Estero	Ambulanza per Italia Tutti i mezzi per Estero	Ambulanza per Italia entro 200 km Tutti i mezzi per Italia oltre 200 km e per Estero
CONDIZIONI	In caso di ricovero	In caso di ricovero	In caso di ricovero
MASSIMALE	€ 2.000 nucleo/anno	€ 2.000 nucleo/anno	€ 3.000 nucleo/anno

RIMPATRIO SALMA	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	Rimborso spese per decesso all'estero	Rimborso spese x decesso all'estero	Rimborso spese per decesso all'estero a seguito intervento chirurgico
CONDIZIONI	In caso di ricovero	In caso di ricovero	In caso di ricovero
MASSIMALE	€ 1.500 per evento	€ 2.000 per evento	€ 3.000 per evento

ANTICIPO SPESE SANITARIE	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI	Anticipo max. 50% spese	Anticipo max. 50% spese	Anticipo max. 50% spese
CONDIZIONI	In caso di Grande Intervento	In caso di Grande Intervento	In caso di intervento chirurgico

AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE SUCCESSIVA A GRANDI INTERVENTI	STANDARD	PLUS	EXTRA
PRESTAZIONI DURANTE	-	-	Ospedalizzazione a domicilio Assistenza sanitaria integrata a domicilio
CONDIZIONI	-	-	Prescrizione medico ASL o specialista Valutazione della Centrale Operativa
MASSIMALE	-	-	€ 15.000 nucleo/anno entro quello x RICOVERI
SCOPERTO FRANCHIGIA	-	-	Rete: 0 No Rete: 10% min. € 1.200
NOTE			Max. 50 giorni per ricovero

Copertura opzionale a pagamento CURE DENTARIE (abbinabile a ogni Piano)

PRESTAZIONI	Visite, igiene orale, conservativa, chirurgia, radiologia, paradontologia, endodonzia, protesi, ortognatodonzia, implantologia, cosmesi dentale.				
CONDIZIONI	Utilizzo previa segnalazione a Centrale operativa dedicata del Circuito PRIMADENT Per accesso a Centrale PRIMADENT e indicazioni sulle strutture convenzionate chiamare il Numero Verde 800 915 713				
MASSIMALE	€ 1.000 a condizioni Circuito PRIMADENT + € 1.000 a condizioni fuori Circuito (per anno/nucleo)				
CRITERI DI RIMBORSO		Condizioni Circuito		Condizioni fuori Circuito	
		Quota rimborsata	Quota a carico utente	Quota rimborsata	Quota a carico utente
	VISITE	100%	0%	0%	100%
	IGIENE ORALE	100%	0%	0%	100%
	CONSERVATIVA	80%	20%	60%	40%
	CHIRURGIA	80%	20%	60%	40%
	RADIOLOGIA ODONTOIATRICA	80%	20%	60%	40%
	PARADONTOLOGIA	80%	20%	60%	40%
	ENDODONZIA	80%	20%	60%	40%
	PROTESI	70%	30%	40%	60%
	ORTOGNATODONZIA	70%	30%	40%	60%
	IMPLANTOLOGIA	70%	30%	40%	60%
COSMESI DENTALE	0% (*)	100% (*)	0%	100%	
ALTRO (Non in tariffario)	70%	30%	0%	100%	

(*) Vengono applicate tariffe scontate.