GUIDA 2026

ALLE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE ATTRAVERSO UNISALUTE

FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

GUIDA AL PIANO SANITARIO 2026 PER I DIPENDENTI DEI SEGUENTI SETTORI:

A Fondo Est possono aderire le aziende che applicano ai propri dipendenti, full time o part time (ad esclusione dei quadri), uno dei seguenti contratti (CCNL):

- Terziario, distribuzione e servizi;
- Pubblici esercizi, Ristorazione Collettiva e Commerciale;
- Imprese di Viaggi e Turismo;
- Aziende Ortofrutticole ed Agrumarie;
- Farmacie partecipate Enti locali;
- Lavoratori dello sport;
- Autoscuole ;
- Attività Funebre;
- Distribuzione Moderna Organizzata (DMO);
- Fiori Recisi;
- Settore Assistenziale socio-sanitario.

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire il contratto, del quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

Il contratto resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

Per le prestazioni fruite nelle annualità precedenti, si rimanda alle relative Guide alle Prestazioni Sanitarie Erogate attraverso UniSalute.

Per tutti gli aggiornamenti sulle prestazioni sanitarie fornite si rimanda al sito www.fondoest.it

Le prestazioni del Piano sono garantite da:

GENERALI UniSalute UnipolSai

4 PRESENTAZIONE
4 I servizi on line su www.fondoest.it

5 INTRODUZIONE

6 COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO
6 Per prima cosa consultare Fondo Est
6 Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale
7 Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est
9 Prestazioni in strutture non convenzionate

12 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO
14 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o grave evento morboso. Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia
15 Il limite di spesa annuo dell'area Ricovero
15 Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico
17 Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico
17 Trapianti
17 Modalità d'accesso alle prestazioni
18 Neonati
18 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico
19 Elenco interventi chirurgici
22 Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso
24 Le prestazioni
27 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia ricoveri medici resi necessari dalle patologie elencate in garanzia
28 Accertamenti Diagnostici Odontoiatrici
30 Prestazioni di Ortodonzia
32 Prestazioni di implantologia
36 Avulsione (Estrazione denti)
38 Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)
40 Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)
44 Servizi di consulenza

45 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

47 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI
47 Validità territoriale
47 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

49 STRUTTURE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO EST

52 GLOSSARIO

2 | PRESENTAZIONE

Con la "Guida al Piano Sanitario Fondo Est" intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano. Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.
All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano. La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

2.1 | Servizi on line su www.fondoest.it

Fondo Est propone per i propri Iscritti un'area riservata ricca di comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le operazioni connesse alle prestazioni sanitarie e alle informazioni sulle richieste di rimborso.
Collegandosi al sito www.fondoest.it e accedendo all'Area Riservata MyFondoEst tramite username e password è possibile:

- prenotare direttamente on line presso le strutture convenzionate gli esami non connessi a un ricovero; **questa procedura consente di sapere in modo veloce e immediato se la prestazione richiesta è coperta dal piano sanitario e di conoscere se il medico scelto è convenzionato. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima**;
- consultare l'estratto conto on line per la verifica dello stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviate.

Direttamente sul sito, senza dover accedere alle proprie pagine personali, è possibile:

- consultare le prestazioni del proprio piano sanitario;
- consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate.

3 | INTRODUZIONE

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

È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sull'andamento economico generale del Piano.

Vi segnaliamo che, a tal fine, il Fondo Est ha deciso di affidare il servizio di gestione della copertura sanitaria a società leader in questo campo, in grado non solo di garantire da subito gli strumenti più appropriati per un'efficace ed efficiente gestione ma anche, e soprattutto, di contribuire alla generale crescita del Fondo e delle persone che in essa operano.

Il Fondo Est, nell'ottica di agevolare quanto più possibile l'Iscritto, si avvale della rete di accordi, sviluppata dalla Società UniSalute, con gran parte dei soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire le prestazioni sanitarie mantenendo il totale costo a proprio carico ed evitando così che l'Iscritto anticipi alcuna somma di denaro, ad eccezione di minimi non indennizzabili previsti dalle singole garanzie.

4 | COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

4.1 | Per prima cosa consultare Fondo Est

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche occorre che consulti il sito internet www.fondoest.it per tutte le prestazioni diverse dal Ricovero, mentre per tutte le prestazioni dell'area Ricovero è opportuno contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute al numero 051.4185748 (dall'estero: prefisso per l'Italia +0516389046) orari: 8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì.
Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario.
Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nel Piano Sanitario, i medici sono a disposizione per aiutare l'Iscritto a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.
Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).
È bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

4.2 | Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato.
Ma non bisogna dimenticare che in Italia anche il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.
Nel caso in cui l'Iscritto decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- Qualora l'Iscritto sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto, salvo quanto previsto alle singole garanzie.

Se l'Iscritto vuole prenotare in una struttura pubblica (SSN) non è necessario che contatti la Centrale Operativa, basta che si rechi al CUP e prenoti.

Per ottenere il rimborso delle spese, l'Iscritto deve caricare i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute".

In alternativa, l'Iscritto può inviare direttamente la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali) al Fondo Est al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. – Fondo Est – Rimborsi Clienti – Via Larga 8 – 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

- In caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 5.1.7) e in caso di ricovero per grave evento morboso (vedi elenco gravi eventi morbosi punto 5.1.8) l'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto alla corresponsione di un'indennità sostitutiva giornaliera, le cui modalità descriveremo più avanti.

4.3 | Prestazioni in strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est

UniSalute ha predisposto per gli iscritti Fondo Est un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.
I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società e, dunque, agli Iscritti al Fondo Est.
L'elenco sempre aggiornato delle strutture convenzionate è disponibile su www.fondoest.it.

L'Iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est consegue alcuni vantaggi rilevanti:

- I pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra il Fondo Est, la Società e la struttura convenzionata, ad eccezione di somme minime non indennizzabili previste alle singole garanzie.

- Può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la funzione di prenotazione on line presente nell'Area Riservata del sito www.fondoest.it che gli permette di sapere immediatamente se la prestazione che l'Iscritto sta prenotando è coperta dal Piano Sanitario e se i medici scelti sono convenzionati. A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Nell'impossibilità di accedere al sito e nei casi di ricovero l'Iscritto dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero 051.4185748.

- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui la Società, e dunque il Fondo Est, garantiscono i livelli di qualità e di efficienza.

- All'atto dell'effettuazione della prestazione, l'Iscritto dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- In caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 5.1.7) e in caso di ricovero per grave evento morboso (vedi elenco gravi eventi morbosi al punto 5.1.8) dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).

- All'atto della dimissione dall'Istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà il Fondo Est, per il tramite della Società, ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dall'Iscritto).

- Il Fondo Est, per il tramite della Società, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, con i limiti poc'anzi enunciati per le garanzie che prevedono l'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate.

- In caso di prestazione extraricovero, l'Iscritto dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Iscritto dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario, o nel caso di garanzie che prevedono specifici minimi non indennizzabili, argomenti che affronteremo in dettaglio più avanti.

ATTENZIONE

Per avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, si può consultare il sito www.fondoest.it nella sezione MyFondoEst. Sulle pagine riservate, si potranno cercare le strutture convenzionate e si potrà richiedere la prenotazione on line della prestazione.

A seguito della richiesta di prenotazione on line, l'Iscritto riceverà, a mezzo telefono, mail o sms, comunicazione da parte di UniSalute relativa al buon esito della prenotazione medesima. Per le prenotazioni è possibile anche contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero 051.4185748.

4.4 | Prestazioni in strutture non convenzionate

Per garantire all'Iscritto la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede anche la facoltà dell'Iscritto di avvalersi, per alcune prestazioni, di strutture sanitarie private non convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.
Il rimborso potrebbe non essere integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.
Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve caricare i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute".

In alternativa, l'Iscritto può inviare direttamente la documentazione necessaria al Fondo Est al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. – Fondo Est – Rimborsi Clienti – Via Larga 8 – 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

- **il modulo di richiesta rimborso, scaricabile direttamente dal sito www.fondoest.it;**
- **una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero per intervento chirurgico o grave evento morboso;**
- **la prescrizione in copia contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base in caso di prestazioni extraricovero;**
- **documentazione di spesa (distinte e ricevute) in copia, in cui risulti il quietanziamento.**

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, il Fondo Est avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che l'Iscritto stesso avrà fornito.

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

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

COME VISUALIZZARE LO STATO DEI PROPRI RIMBORSI

Il modo più veloce per verificare lo stato dei propri rimborsi è tramite il sito www.fondoest.it – nella sezione MyFondoEst – accessibile tramite username e password, che garantiscono la riservatezza dei dati.
L'Iscritto potrà verificare la sua posizione sempre aggiornata relativamente alla documentazione che ci ha inviato.

5 | LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

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

- Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico o per grave evento morboso, intendendo per tali quelli elencati ai punti 5.1.7 e 5.1.B;
- Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia;
- Accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- Prestazioni di ortodonzia;
- Prestazioni di implantologia;
- Avulsione (estrazione denti);
- Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione);
- Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione);
- Servizi di consulenza.

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO O GRAVE EVENTO MORBOSO. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI MALATTIA

Il limite di spesa annuo dell'area Ricovero

Il Piano Sanitario prevede un limite di spesa annuo che ammonta a € 90.000,00 per anno associativo e per Iscritto. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.
Sono comprese nel massimale anche le prestazioni previste nella garanzia "Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso", "Ospedalizzazione Domiciliare per Ricoveri Chirurgici come da elenco Interventi Chirurgici" e "Servizi di Assistenza Globale Integrata Organizzazione di Servizi, Noleggio Ausili Medico-Sanitari e Ospedalizzazione Domiciliare".
A massimale raggiunto la copertura riprenderà l'anno successivo per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell'anno precedente ed eccedenti il massimale di spesa già completamente utilizzato. Il massimale è unico per le voci di cui al punto 5.1.A e 5.1.B.

5.1.A | Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'Iscritto venga ricoverato per un intervento chirurgico, intendendo per tale uno di quelli elencati alla voce Elenco Interventi Chirurgici, può godere dell'intervento e delle prestazioni di seguito indicate.

PRE-RICOVERO

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

INTERVENTO CHIRURGICO

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

ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e

riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.
Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato da UniSalute per il Fondo Est, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

ACCOMPAGNATORE

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.
Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato da UniSalute per il Fondo Est, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

POST-RICOVERO

1. Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.
2. Le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che determinato il ricovero. Queste prestazioni vengono prestate in forma esclusivamente rimborsuale.

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER RICOVERI CHIRURGICI COME DA ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Nell'ambito dei 120 giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero", il Fondo, per i ricoveri chirurgici (come da Elenco Interventi Chirurgici) e avvenuti successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionata UniSalute per il Fondo Est, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto. Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale. Per gestire il processo il Fondo si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite di UniSalute, alle strutture convenzionate.

5.1.2 | Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico

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

5.1.3 | Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste al punto 5.1. A "Ricovero in Istituto di cura per intervento chirurgico" e alla sezione "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

5.1.4 | Modalità d'accesso alle prestazioni

- Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est ed

effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

- In caso di ricovero in strutture non convenzionate da UniSalute per il Fondo Est, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a €2.000,00, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie.
- Il rimborso avverrà nel limite di un sottomassimale di € 8.000,00 per ciascun intervento effettuato, nel massimale complessivo dell'area Ricovero.
- **Tale modalità di erogazione delle prestazioni sarà attivata nel solo caso in cui l'Iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est**.
- Qualora il ricovero avvenga in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'Iscritto. In questo caso, però, l'Iscritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (vedi il paragrafo "indennità sostitutiva per intervento chirurgico".

5.1.5 | Neonati

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

5.1.6 | Indennità sostitutiva per intervento chirurgico

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per i primi 30 giorni di ricovero.
Dal 31° giorno di ricovero, l'indennità viene elevata a € 100,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per ricovero.
Come già detto, per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi suindicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

5.1.7 | Elenco interventi chirurgici

Gli interventi chirurgici si intendono effettuati con qualsiasi tecnica, con qualsiasi metodica, qualsiasi via di accesso e qualsiasi attrezzatura o apparecchiatura ove non diversamente indicato nella prescrizione. In caso di procedure diagnostiche o esplorative e concomitanti procedure operative, la procedura diagnostica o esplorativa è considerata come fase dell'operativa e dunque è inclusa nella stessa, quindi non è rimborsabile separatamente.

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari);
- Asportazione tumori dell'orbita;
- Interventi di cranioplastica;
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne;
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale;
- Interventi per ernia del disco e/o per mieolopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale;
- Interventi sul plesso brachiale;
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale.

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia femorale;
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi;
- Nodulectomia mammaria (sono comprese anche le nodulectomie per patologie benigne).

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare;
- Intervento di enucleazione del globo oculare.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale;
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare;
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia);
- Intervento demolitivo della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale);
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- Ricostruzione della catena ossiculare.

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino;
- Interventi per echinococcosi polmonare;
- Interventi per fistole bronchiali;
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici;
- Pneumectomia totale o parziale.

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo;
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario;
- Angioplastica con eventuale stent;
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi;
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica;
- Interventi sul cuore per via toracotomica;
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica;
- Safenectomia della grande safena.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica;
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne;
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne;
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica;
- Appendicectomia con peritonite diffusa;
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni;
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia);
- Drenaggio di ascesso epatico;
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale;
- Interventi chirurgici per ipertensione portale;
- Interventi con esofagoplastica;
- Interventi di amputazione del retto-ano;
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica;
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale;
- Interventi per neoplasie pancreatiche;
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica;
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- Intervento per mega-esofago;
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari;
- Resezione gastrica;
- Resezione gastrica allargata;
- Resezione gastrica totale;
- Resezione gastro-digiunale;
- Resezione epatica.

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria;
- Cistoprostatovescicolectomia;
- Interventi di cistectomia totale;
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare;
- Interventi di prostatectomia radicale;
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- Nefroureterectomia radicale;
- Surrenalectomia.

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenctomia;
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia;
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia;
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

CHIRURGIA MAXILLO–FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio.

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche.

5.1.B | Ricovero medico in istituto di cura per grave evento morboso

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

L'Iscritto può godere delle prestazioni della seguente garanzia qualora venga ricoverato a seguito di un grave evento morboso, intendendo per tale uno di quelli elencati di seguito:

- Neoplasia maligna in trattamento
- Cardiomiopatia ischemica
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
    1. dispnea;
    2. edemi declivi;
    3. aritmia;
    4. angina instabile;
    5. edema o stasi polmonare;
    6. ipossiemia.
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
    1. ulcere torbide;
    2. decubiti;
    3. neuropatie;
    4. vasculopatie periferiche;
    5. infezioni urogenitali o sovrinfezioni;
    6. complicanze oculari.
- Malattie cerebrovascolari croniche degenerative;
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale;
- Sclerosi multipla;
- Sclerosi laterale amiotrofica;
- Morbo di Alzheimer;
- Morbo di Parkinson caratterizzato da:
    1. riduzione attività motoria;
    2. difficoltà nel mantenimento della stazione eretta.
- Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale) o acuta.

5.1.2.B | Le prestazioni

PRE-RICOVERO
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 300,00 al giorno.

ACCOMPAGNATORE
Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.
Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE
Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

POST RICOVERO A
Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con la Società.

POST RICOVERO B
Le prestazioni infermieristiche, i medicinali, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Queste prestazioni vengono prestate in forma esclusivamente rimborsuale. Nel caso di utilizzo del SSN sono rimborsati integralmente i ticket.

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

MODALITÀ D'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI
Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate da UniSalute per il Fondo Est ed effettuate da medici convenzionati, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie e il massimale previsto per l'area ricovero, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate, ad eccezione dei seguenti punti:

- Pre ricovero;
- Assistenza infermieristica privata individuale;
- Trasporto sanitario;
- Post ricovero B.

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, rientrando comunque nel massimale complessivo di spesa annuo dell'area Ricoveri (90.000 €).

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

Qualora l'iscritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti: in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva per ricovero per Grave Evento Morboso.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO PER GRAVE EVENTO MORBOSO.

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero medico per grave evento morboso né per altre prestazioni ad esso connesse, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per i primi 30 giorni, mentre di € 100,00 per ogni giorno di ricovero a partire dal 31° giorno fino al 70° per ricovero.

SERVIZI DI ASSISTENZA GLOBALE INTEGRATA, ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI, NOLEGGIO AUSILI MEDICO-SANITARI E OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE A SEGUITO DI RICOVERO MEDICO/CHIRURGICO PER NEOPLASIE MALIGNE

In caso di ricovero con o senza intervento chirurgico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco interventi chirurgici allegato) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai 120 giorni previsti dalla garanzia "post ricovero" per i casi d'intervento previsti dal Piano Sanitario), mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate da UniSalute per Fondo Est, prestazioni di:

- Ospedalizzazione domiciliare;
- Assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto.

In caso di patologie oncologiche, le prestazioni di cui sopra sono garantite anche in caso di ricovero per intervento chirurgico, sia esso ricompreso o meno nell'elenco interventi chirurgici di cui al capitolo Ricovero per intervento chirurgico.

Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo il Fondo si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare, che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo Est sempre che l'uso degli ausili medico sanitari sia collegato al percorso riabilitativo.

Si specifica che gli ausili sono forniti solo nel caso in cui sia attivata la garanzia di ospedalizzazione domiciliare riabilitativa.
Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate nel limite di spesa annuo dell'area di Ricovero.

5.1.3.B | Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia per ricoveri medici resi necessari dalle patologie elencate in garanzia

In caso di ricovero senza intervento chirurgico per una delle patologie sotto elencate, avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, il Fondo, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni, mette a disposizione tramite la rete di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Fondo Est, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica.

Sono compresi in copertura:

- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali;
- Paralisi;

Il Fondo concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Per gestire il processo il Fondo si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare, che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate nel limite della somma annua a disposizione.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 5.000,00 per Iscritto.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

5.3 | Accertamenti Diagnostici Odontoiatrici

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Ortopantomografia;
- Radiografie endorali;
- Dentalscan.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del dentista contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute
per il Fondo Est, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di € 35,00 per ogni prestazione.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale. Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari ammessi a rimborso.

L'Iscritto deve caricare i documenti nell'area riservata MyFondoEst raggiungibile dal sito www.fondoest.it sez. "Richieste di rimborso: inserisci la tua richiesta di rimborso con UniSalute".
In alternativa, per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Iscritto può raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso e inviarla direttamente al Fondo Est al seguente indirizzo: UniSalute S.p.A. – Fondo Est – Rimborsi Clienti – Via Larga 8 – 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 400,00 per Iscritto.

PRESTAZIONI DI ORTODONZIA

5.4 | Prestazioni di Ortodonzia

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 700,00 per Iscritto.

PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

5.5 | Prestazioni di implantologia

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.
Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

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

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.
Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 5.100,00 per Iscritto. Viene previsto un sottomassimale annuo di € 4.300,00 nel caso di applicazione di cinque impianti, un sottomassimale pari a € 3.800,00 nel caso di applicazione di quattro impianti, un sottomassimale pari a € 3.300,00 nel caso di applicazione di tre impianti, un sottomassimale pari a € 2.200,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottomassimale pari a € 1.100,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo la prima

applicazione di uno o più impianti, dovesse subentrare l'esigenza di effettuare ulteriori impianti, questi ultimi verranno liquidati nell'ambito del sottomassimale relativo al numero complessivo di impianti effettuati, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

Ad esempio, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di due impianti si rendesse necessario l'innesto di un terzo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 3.300,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI)

5.6 | Avulsione (Estrazione denti, senza successiva applicazione di impianti)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino ad un massimo di 4 denti l'anno. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato** da UniSalute per il Fondo Est. Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente e integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)

5.7 | Prestazioni odontoiatriche particolari (prevenzione)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 6 "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, Fondo Est provvede al pagamento, nella misura del 75%, di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in **strutture sanitarie convenzionate** da UniSalute per il Fondo Est, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

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

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (PREVENZIONE)

5.8 | Prestazioni diagnostiche particolari (prevenzione)

Fondo Est provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per il Fondo Est, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.
Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prevenzione: prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta l'anno.

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT);
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT);
- Azotemia (Urea);
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL;
- Creatininemia;
- Emoglobina glicata;
- Esame delle urine;
- Esame emocromocitometrico completo;
- Gamma GT;
- Glicemia;
- PT (Tempo di protrombina);
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale);
- Trigliceridi;
- Velocità di eritrosedimentazione (VES).

Prevenzione cardiovascolare: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta l'anno.

- Visita specialistica cardiologica ed ECG.

Prevenzione oncologica Colon-Retto: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 45 anni di età una volta l'anno.

Visita specialistica gastroenterologica + ricerca sangue occulto fecale.

Prevenzione malattie respiratorie: prestazioni previste per gli uomini e le donne dai 40 anni di età una volta l'anno.

- Visita specialistica pneumologica.

Prevenzione oncologica cute: prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta l'anno.

- Visita specialistica dermatologica.

Prevenzione oncologica prostata: prestazioni previste per gli uomini dai 45 anni di età una volta l'anno.

- Visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA).

Prevenzione oncologica utero: prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta l'anno.

- Visita specialistica ginecologica + pap test.

Prevenzione oncologica seno:

a. prestazioni previste per le donne dai 40 anni di età una volta l'anno.
   Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria
b. prestazioni previste per le donne dai 50 anni di età una volta l'anno.
   Visita specialistica senologica + **Mammografia con obbligo di prescrizione medica per quest'ultima prestazione.**

Con riferimento alla lettera b, le donne dai 50 anni di età dovranno scegliere se effettuare l'ecografia mammaria oppure la Mammografia.

5.9 | Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero 051.4185748 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+ 0516389046**.

a) Informazioni generiche sul contratto

- le prestazioni incluse nelle garanzie, massimali, franchigie o scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura;
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso;
- modalità di richiesta di rimborso.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate** con la Società.

6. | CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il piano sanitario non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto salvo quanto previsto al punto 5.1.4;

- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;

- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);

- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

- 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;

- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- 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;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;

* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

** Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

7. | ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

7.1 | Validità territoriale

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

7.2 | Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

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

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per il Fondo Est.

La documentazione di spesa ricevuta in copia viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge.

Qualora il Fondo Est dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali, la documentazione di spesa in originale viene trasmessa dall'Iscritto al Fondo al seguente indirizzo: **UniSalute S.p.A. - Fondo Est - Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna (BO). Sono esclusi gli invii tramite corriere.**

Nel caso di sinistri non indennizzabili, la documentazione di spesa nel caso in cui sia stata inviata in originale viene restituita all'Iscritto dalla Società contestualmente alla relativa comunicazione.
Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

La documentazione allegata alla richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, ecc.) deve essere inviata in copia. Il Fondo potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale.
Ricordiamo che nel caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, il Fondo ne darà immediata comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali.

ATTENZIONE

Le domande di rimborso devono essere inoltrate entro il termine di 1 anno dalla data della fattura o del documento di spesa relativo alla prestazione fruita. Per i ricoveri il termine decorre dalla data delle dimissioni.
Le fatture e i documenti di spesa trasmessi oltre 1 anno non saranno rimborsati.

8. | STRUTTURE CONVENZIONATE DA UNISALUTE PER IL FONDO EST

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento al sito internet www.fondoest.it oppure telefonare alla Centrale Operativa di UniSalute al numero 051.4185748.

Per tutte le informazioni previste dal Piano Sanitario diverse dal Ricovero consulti: www.fondoest.it

Per tutte le prestazioni dell'area Ricovero è opportuno contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute al numero 051.4185748.

Dall'estero: prefisso per l'Italia + 0516389046
orari: 8.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì.

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it. oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892**.
I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- Ricorso all'Arbitro Assicurativo, presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;

- Procedimento di mediazione, interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale;

- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

GLOSSARIO

FONDO EST
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

FONDO EST DALLA A ALLA Z

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

ANALISI CLINICO-CHIMICHE: analisi di laboratorio, effettuate per verificare lo stato di salute del paziente.

AREA RISERVATA FONDO EST: area personale nella quale è possibile accedere con nome utente e password. Al suo interno è possibile inserire richieste di prenotazione delle prestazioni previste in convenzione, inoltrare le richieste di rimborso, verificare la propria copertura e modificare i propri dati anagrafici.

ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ANCHE DEFINITA INTRAMOENIA): prestazioni erogate in regime privato da medici di un ospedale pubblico svolte all'interno di una struttura ospedaliera.
Le prestazioni vengono effettuate a fronte di un pagamento di una specifica tariffa concordata. Possono essere indicate come regime di solvenza/solvente o di intramoenia.

AUTORIZZAZIONE: conferma dell'avvenuta prenotazione della prestazione in convenzione diretta pervenuta via e-mail o attraverso sms.

AVULSIONE ODONTOIATRICA: in odontoiatria estrazione/asportazione di un dente.

CARTELLA CLINICA: documento contenente tutte le informazioni sanitarie relative al decorso della malattia e alle cure ricevute.

CONTROLLO OSTETRICO: visita o controllo effettuato da ostetrico (diverso da medico chirurgo ginecologo).

COPERTURA: se attiva, indica il periodo in cui è possibile fruire delle garanzie previste dal Piano Sanitario.

CUP: Centro Unico di Prenotazione, sistema centralizzato informatizzato che permette la gestione delle prestazioni sanitarie (prenotazione, modifica, pagamento) in tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale presenti nel territorio.

DAY-HOSPITAL: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ: documento che certifica gli standard imposti dalla vigente normativa relativi al confezionamento di un determinato presidio sanitario.

FATTURA: documento fiscale che l'erogatore privato emette per attestare il pagamento di una prestazione sanitaria.

FINE ANTALGICO: tecnica o trattamento volto a gestire e alleviare il dolore.

FRANCHIGIA: somma che rimane a carico del richiedente in relazione ad una prestazione sanitaria effettuata.

GRAVE EVENTO MORBOSO: alterazione dello stato di salute non dovuta a un infortunio e che rientra in una categoria specifica di patologie.

IMPIANTO ODONTOIATRICO: dispositivo medico di tipo chirurgico utilizzato per riabilitare funzionalmente ed esteticamente la perdita o la mancanza congenita di uno o più denti, permettendo il sostegno di un sostituto protesico.

INDAGINI GENETICHE: analisi di DNA, RNA, cromosomi, metaboliti e altri prodotti genici effettuata per identificare alterazioni e mutazioni correlate a patologie ereditarie o acquisite.

LENTI MULTIFOCALI: sono lenti che correggono diversi difetti visivi (come ad esempio presbiopia e miopia) in un solo paio di occhiali.

MANCANZA DI COPERTURA: periodo in cui la copertura non è attiva e pertanto non è possibile fruire delle garanzie erogate dal vigente Piano Sanitario.

MANU MEDICA: prestazione effettuata da medico chirurgo.

MASSIMALE: importo massimo previsto per singola garanzia.

PIANO SANITARIO: guida alle prestazioni sanitarie erogate, contenente le modalità di fruizione delle stesse.

PLAFOND: limite massimo di rimborso.

POST PARTUM: periodo che segue il parto.

PRESA IN CARICO: conferma dell'inserimento di una richiesta di prenotazione di una prestazione in convenzione diretta.

PRESCRIZIONE LENTI: documento stilato da medico oculista o da ottico, che contiene le diottrie necessarie per correggere il difetto visivo riscontrato.

PRESCRIZIONE MEDICA/RICETTA MEDICA /IMPEGNATIVA MEDICA: documento prodotto da un medico o altro operatore sanitario qualificato che contiene le indicazioni alla prestazione da effettuare e la motivazione per cui si è resa necessaria (vedi definizione **QUESITO DIAGNOSTICO**).

PRESTAZIONI IN REGIME DI SOLVENZA: prestazioni a pagamento effettuate in regime privato.

QUESITO DIAGNOSTICO: motivazione (patologia presunta o accertata), indicata in prescrizione, per la quale viene richiesta una prestazione sanitaria.

RETTA DI DEGENZA: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

SDO (SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA): documentazione contenente informazioni relative al paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

SISALUTE: società specializzata nell'erogazione di servizi sanitari, incaricata dal Fondo Est per la gestione delle prestazioni specialistiche di Visite e di Alta diagnostica in assistenza diretta da erogare presso il Network di Strutture convenzionate.

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA: struttura (istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico) nella quale è possibile effettuare le prestazioni previste in convenzione diretta con il Fondo Est.

TICKET SSN: documento di spesa rilasciato dal Servizio Sanitario Nazionale indicante la quota di compartecipazione diretta dei cittadini alla spesa pubblica per l'assistenza sanitaria fornita dallo Stato e dalla Regione.

UNISALUTE S.P.A.: società incaricata dal Fondo per la gestione di una parte delle garanzie sanitarie offerte ai lavoratori iscritti. Per ulteriori dettagli consultare la pagina https://www.fondoest.it/content/guida.

UNA TANTUM: pagamento a carattere straordinario fatto "per una volta soltanto", esclude ogni carattere periodico e continuativo.

VISITA SPECIALISTICA: consulto con un medico specializzato in una specifica branca della medicina, per diagnosticare, trattare o monitorare una patologia.

Via Cristoforo Colombo, 137 | 00147 Roma
www.fondoest.it | info@fondoest.it