



Fondo Est
assistenza sanitaria integrativa
commercio turismo servizi e settori affini

il gusto della vita



PIANO SANITARIO 2011

***Settore Terziario
Farmacie Speciali
Part-Time***

Numero Verde 800- 016648

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:
8,30 – 19,30 dal lunedì al venerdì

Per tutte le prestazioni dell'Area Ricovero
è OPPORTUNO contattare
preventivamente il numero sopra
indicato.

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art. 185 "Informativa al contraente" la Società informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- Reclami Eventuali riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A - Funzione Reclami - Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna - fax 051-6386125 - e-mail reclami@unisalute.it**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, Tel. 06 42.133.1.

I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

- f) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- g) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- h) breve descrizione del motivo di lamentela;
- i) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- j) 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 Compagnia: www.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e all'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Il gusto della vita!



Guida al Piano Sanitario 2011 Settore Terziario e Farmacie Speciali Part-Time

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.

Le prestazioni del piano sono garantite da:



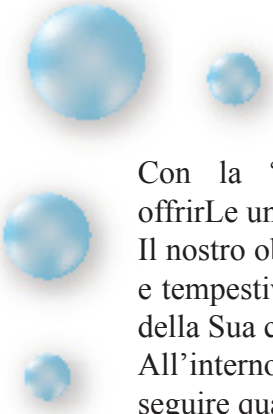
GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

UNISALUTE

UNIPOL
IUGF ASSICURAZIONI

SOMMARIO

1.	SOMMARIO.....	3
2.	PRESENTAZIONE.....	4
3.	INTRODUZIONE.....	4
4.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	5
5.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	5
5.1.	Per prima cosa contattare il Fondo Est.....	5
5.2.	Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.....	6
5.3.	Prestazioni in strutture convenzionate con il Fondo Est tramite Unisalute.....	7
5.4.	Prestazioni in strutture non convenzionate.....	9
5.5.	Professione intramuraria.....	10
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	11
6.1.	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico.....	12
6.1.2	Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico.....	14
6.1.3	Trapianti a seguito di malattia e infortunio.....	15
6.1.4	Neonati.....	15
6.1.5	Indennità sostitutiva per intervento chirurgico.....	15
6.1.6	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero.....	16
6.2	Prestazioni di Diagnostica e Terapia.....	16
6.3	Visite specialistiche.....	21
6.4	Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso.....	22
6.5	Pacchetto maternità.....	23
6.6	Prestazioni di Implantologia.....	24
6.7	Avulsione (Estrazione denti).....	24
6.8	Prestazioni Odontoiatriche particolari (Prevenzione)	25
6.9	Prestazioni diagnostiche particolari (Prevenzione).....	26
6.10	Sindrome Metabolica.....	29
6.11	Servizi di Consulenza.....	32
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO.....	33
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	35
8.1	Estensione territoriale.....	35
8.2	Limiti di età.....	35
8.3	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute).....	35
9.	STRUTTURE CONVENZIONATE CON FONDO EST TRAMITE UNISALUTE.....	37
10.	ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI.....	37



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.

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.

E’ 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, ferma restando la piena libertà dello stesso di scegliere le strutture nelle quali accedere alle prestazioni sanitarie, 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 - nella maggior parte dei casi - 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. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti part-time iscritti al Fondo Est delle aziende del settore Commercio che applicano il C.C.N.L. del settore Terziario (Commercio/Servizi) e delle aziende Farmaceutiche che applicano il C.C.N.L. delle Farmacie Speciali.

5. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO

5.1. Per prima cosa contattare il Fondo Est

Quando uno degli Iscritti ha bisogno di cure mediche o esami occorre che contatti il più presto possibile la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800-016648.

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).

E' 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.

5.2. *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, in caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10), sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Iscritto;

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo EST (presso UNISALUTE – VIA DEL GOMITO, 1 – 40127 BOLOGNA) la documentazione necessaria (copia delle fatture e/o ricevute fiscali).

- Corresponsione in alternativa di un'indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10), le cui modalità descriveremo più avanti (par. 6.1.5).

5.3. Prestazioni in strutture convenzionate con il Fondo Est attraverso la Società Unisalute

Il Fondo Est, tramite la Società, ha predisposto per gli iscritti un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

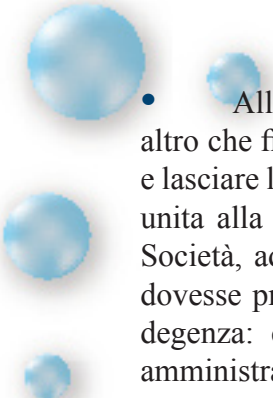
I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire alla Società, e dunque agli Iscritti al Fondo Est.

L'Iscritto, per le prestazioni che lo prevedono, utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni vantaggi rilevanti:

- Non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché 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 centrale operativa contattabile mediante il numero verde gratuito **800-016648**;
- 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 (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), 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 10) 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:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa al numero verde 800-016648, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con il Fondo Est. È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

5.4. 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 con il Fondo Est tramite la Società.

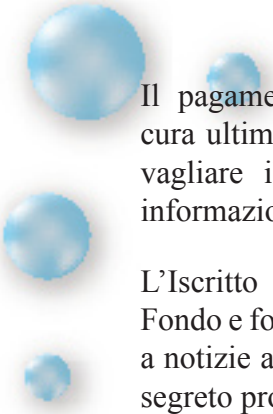
Il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni l'Iscritto dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il rimborso, l'Iscritto deve inviare direttamente al Fondo EST (presso UNISALUTE – VIA DEL GOMITO, 1 – 40127 BOLOGNA) la documentazione necessaria:

- **il modulo di richiesta rimborso, scaricabile direttamente dal sito www.fondoeest.it;**
- **una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero per intervento chirurgico;**
- **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 quietanzamento.**

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 la 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.

5.5. *Professione intramuraria*

Una recente normativa dello Stato prevede la creazione di reparti a pagamento anche negli ospedali pubblici.

Se quindi il ricovero per intervento chirurgico (vedi elenco interventi chirurgici al punto 10) in un ospedale pubblico avviene con questa formula, il costo rimane a carico del paziente. Il Fondo, però, rimborserà le prestazioni con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento della struttura pubblica sia o meno convenzionato con UniSalute. Nei due casi valgono le norme appena esposte (par. 5.2 e 5.3).

6. 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 sanitario per le seguenti prestazioni:

- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTENDENDO PER TALI QUELLI ELENCATI AL SUCCESSIVO PUNTO 10**
- **PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA**
- **VISITE SPECIALISTICHE**
- **TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO**
- **PACCHETTO MATERNITÀ**
- **PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA**
- **AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI)**
- **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (Prevenzione)**
- **PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (Prevenzione)**
- **SINDROME METABOLICA**
- **SERVIZI DI CONSULENZA**



6.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER INTERVENTO CHIRURGICO (VEDI ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI AL PUNTO 10)

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 al successivo punto 10, può godere delle seguenti prestazioni:

PRE-RICOVERO

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **90** giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

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 con il Fondo Est attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 250,00** 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 il Fondo Est attraverso 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 è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

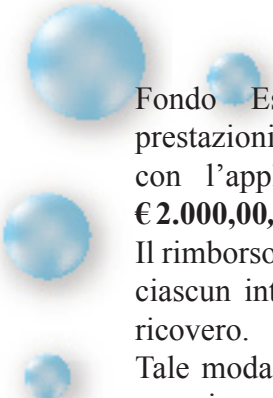
POST-RICOVERO

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 e cure termali, effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo Est attraverso la Società. Per i medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali, la garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con il Fondo Est attraverso la Società ed effettuate da **medici convenzionati**, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie.

In caso di ricovero in **strutture non convenzionate** con il



Fondo Est attraverso la Società, 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 con Fondo Est attraverso la Società. Diversamente, resta inteso che l'Iscritto dovrà avvalersi di una struttura sanitaria convenzionata, scegliendola fra tutte quelle convenzionate.

Qualora in una ***struttura convenzionata*** con il Fondo Est attraverso la Società, venga effettuato un intervento chirurgico da parte di ***personale medico non convenzionato***, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate con il Fondo Est attraverso la Società (quindi nella misura dell'80% con l'applicazione del minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** e con un plafond di **€ 8.000,00** per intervento).

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 (par. 6.1.5).

6.1.2 *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.

6.1.3 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste ai punti 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per intervento chirurgico” e 6.1.2 “Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico” 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.

6.1.4 Neonati

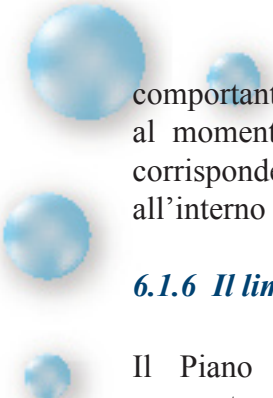
Il Fondo provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione ed imalformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell’accompagnatore nell’Istituto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

6.1.5 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 **€ 60,00** 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.

6.1.6 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.

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.

6.2 PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA E TERAPIA

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia
- Mammografia bilaterale
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie
- Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto

- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

Tomografia computerizzata (tc)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (rm)

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

Pet

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo-distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

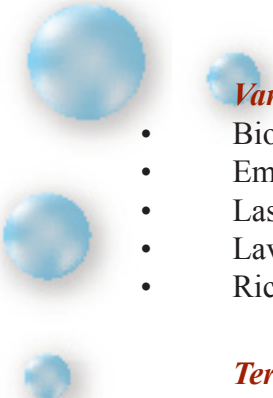
- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione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

Altre prestazioni sanitarie diagnostiche (biopsie)

- Biopsia tc guidata
- Biopsia muscolare
- Biopsia prostatica
- Mapping vescicole

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica



Varie

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

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, 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 accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitaria a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del

medico curante contenente la patologia presunta o accertata. Per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Iscritto è invitato a raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso ed **inviarla al Fondo EST (presso Unisalute – via del Gomitto, 1 40127 Bologna) non più di 4 volte l'anno.**

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 4.000,00 per Iscritto.

6.3 VISITE SPECIALISTICHE

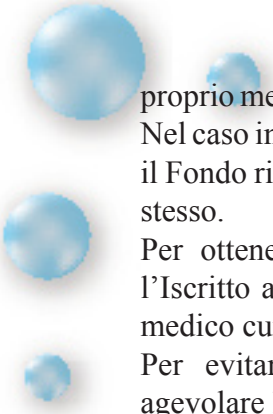
Il Fondo Est provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche ad eccezione di quanto previsto al punto 6.8. "Prestazioni Odontoiatriche speciali". Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di **strutture sanitarie e personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, e nel caso di utilizzo del **Servizio Sanitario Nazionale**.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Iscritto di **€ 25,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

L'Iscritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del



proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata. Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del ***Servizio Sanitario Nazionale***, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto stesso.

Per ottenere il rimborso da parte del Fondo, è necessario che l'Iscritto alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Iscritto è invitato a raccogliere tutta documentazione necessaria al rimborso ed **inviarla al Fondo EST (presso Unisalute – via del Gomito,1 40127 Bologna) non più di 4 volte l'anno.**

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per Iscritto.

6.4 TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Il Fondo Est rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto effettuati nel ***Servizio Sanitario Nazionale*** per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti al precedente punto 6.2 “Prestazioni di diagnostica e terapia”, e i ticket sanitari di pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Per evitare numerosi invii di ticket di importo contenuto e agevolare le procedure di rimborso, l'Iscritto è invitato a raccogliere tutta la documentazione necessaria al rimborso ed **inviarla al Fondo EST (presso Unisalute – via del Gomito,1 40127 Bologna) non più di 4 volte l'anno.**

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 300,00 per Iscritto.

6.5 PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia le ecografie e le analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza.

Sono inoltre comprese al massimo n.4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

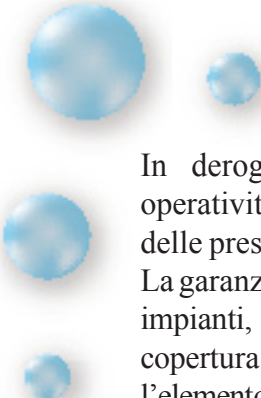
Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritta vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture convenzionate.

Nel caso in cui l'Iscritta si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con il Fondo Est attraverso la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente.

Nel caso in cui l'Iscritta si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket .

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 750,00 per Iscritto.

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della cartella clinica o in alternativa la lettera di dimissioni ospedaliera, il Fondo Est corrisponderà un'indennità di **€ 60,00** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **7** giorni per ogni ricovero.



6.6 PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 “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*** con il Fondo Est attraverso la Società.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture Convenzionate. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare il massimale previsto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 2.000,00 per Iscritto.

Viene previsto un sotto massimale annuo di € 735,00 nel caso di applicazione di due impianti e un sottomassimale pari a € 400,00 nel caso di applicazione di un impianto.

Si precisa che, qualora nella medesima annualità assicurativa, dopo l'applicazione di un impianto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottomassimale di € 735,00 al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

6.7 AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 “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*** con il Fondo Est attraverso la Società.

Le spese per le prestazioni erogate all’iscritto vengono liquidate direttamente ed integralmente dal Fondo Est, per il tramite della Società, alle strutture Convenzionate.

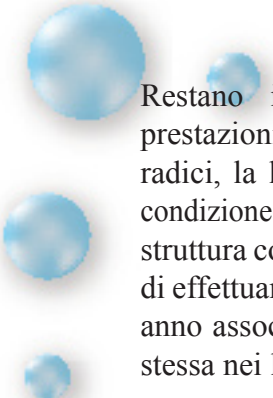
Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l’importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall’Iscritto alla struttura convenzionata.

6.8 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

(Prevenzione)

In deroga a quanto previsto al paragrafo 7 “Casi di non operatività del piano” al punto 3, Fondo Est provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l’anno in ***strutture sanitarie convenzionate*** con il Fondo Est attraverso le Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorchè non ancora conclamati, e 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.

6.9 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (Prevenzione)

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

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine

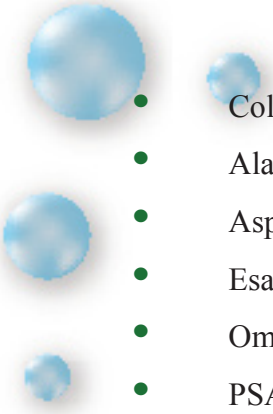
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi

***Prestazioni previste per le donne una volta l'anno
(Prevenzione Cardiovascolare)***

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi

***Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni
una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)***

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia

- 
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
 - Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
 - Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
 - Esame delle urine
 - Omocisteina
 - PSA (Specifico antigene prostatico)
 - Ecografia prostatica
 - Trigliceridi

***Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni
una volta ogni due anni (Prevenzione Oncologica)***

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi

6.10 SINDROME METABOLICA

Il Fondo EST provvede al pagamento delle spese per prestazioni mirate ad evidenziare il rischio di Sindrome Metabolica.

Le prestazioni di seguito elencate devono essere effettuate in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Est tramite Unisalute, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione e possono essere effettuate a cadenza semestrale:

- **colesterolo HDL**
- **colesterolo totale**
- **glicemia**
- **trigliceridi**

Una volta effettuate le analisi, o qualora l'iscritto fosse già in possesso dei risultati di analisi fatte presso il SSN, potrà collegarsi al sito **www.fondolest.it** ed entrare nell'area riservata agli iscritti, leggere le istruzioni e compilare il questionario con i dati richiesti.

Solo coloro che non hanno la possibilità di accedere ad internet possono contattare telefonicamente il Fondo Est al numero 06.510311 ed accordarsi sulle modalità da seguire.

Una volta compilato il questionario, il personale medico preposto al servizio provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Iscritto l'esito delle valutazioni tramite e mail.



Nel caso in cui l'Iscritto non sia in uno stato di “sindrome metabolica” il personale medico preposto al servizio si limiterà a comunicare l'esito positivo della verifica.

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata” il personale medico preposto al servizio fornirà alcune indicazioni per consentire allo stesso di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.

I medici preposti al servizio comunicheranno l'esito della verifica e metteranno a disposizione le informazioni sull'area riservata agli iscritti su www.fondoest.it.

L'Iscritto potrà autorizzare il personale medico preposto al servizio a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Al fine di incentivare l'Iscritto ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi in uno stato di sindrome metabolica “conclamata” il personale medico preposto al servizio comunicherà all'Iscritto che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente il medico curante per il trattamento del caso.

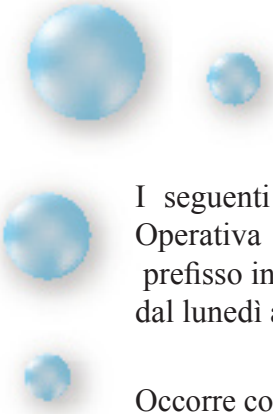
COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Iscritto di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui saranno i medici stessi a suggerire di ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

E' quindi necessario che al momento della compilazione l'Iscritto abbia a portata di mano tutti i dati richiesti: esame del sangue (colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia a digiuno, trigliceridi), misurazione del girovita, rilevazione del peso corporeo, misurazione della pressione.

Per approfondire questi aspetti entrare nell'area riservata del sito www.fondoest.it

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, perché in base a questi dati i medici Unisalute forniranno dei consigli e quindi avere dei consigli non corretti va a discapito della salute.



6.11 SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-016648 (dall'estero prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

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 il Fondo Est tramite Unisalute.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano Sanitario non comprende tutti gli eventiriconducibili 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 6.1.4;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto ai punti 6.6 "Prestazioni di implantologia" e 6.8. "Prestazioni Odontoiatriche particolari";
- 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);
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi 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 partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- 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 terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
*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.

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1 *Estensione territoriale*

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

8.2 *Limiti di età*

Il piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età da parte dell'Iscritto.

8.3 *Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)*

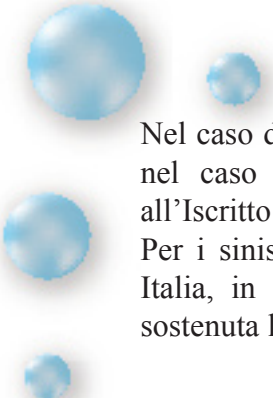
A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con il Fondo Est attraverso Unisalute.

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 con il Fondo Est attraverso Unisalute.

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 EST (presso Unisalute via del Gomito, 1 40127 Bologna)** che, con cadenza mensile, la restituirà all'Iscritto a sinistro esaurito.



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 due anni 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 i due anni non saranno rimborsati.

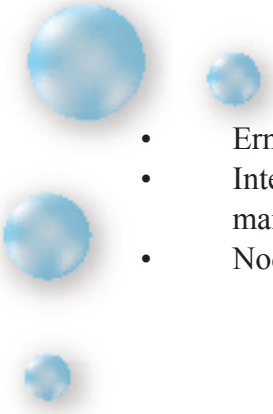
9. STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL FONDO EST ATTRAVERSO UNISALUTE

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 alla centrale operativa per avere la migliore informazione su questo aspetto al numero verde **800-016648**, oppure consultare il sito internet **www.fondoest.it**

10. ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

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 mieelopatie 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
- Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori gnomici 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 ugotomia) e delle corde vocali (intervento di corpectomia)
- Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

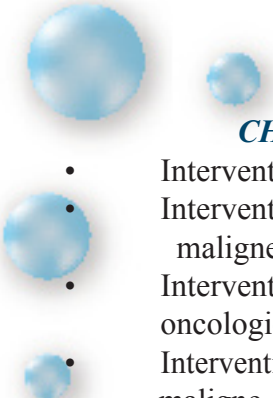
- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococchi 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 pancreatiche acute o croniche 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

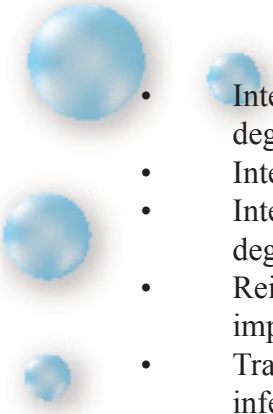
- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- surrenalectomia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia 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



Fondo Est

assistenza sanitaria integrativa
commercio turismo servizi e settori affini

