



## SINTESI PRESTAZIONI SANITARIE

Questo schema è stato predisposto come strumento di consultazione sintetica. Per i dettagli e il corretto utilizzo delle prestazioni, si raccomanda la consultazione della **Guida al Piano Sanitario** valida per l'anno assicurativo 1° gennaio 2025 – 31 dicembre 2025.

| <br>PRESTAZIONI          |                                                                                                                     | LIMITI / QUOTE A CARICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SE PRESENTE IN COPERTURA          |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
|                                                                                                           |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | IL TITOLARE                       | IL TITOLARE + NUCLEO FAMILIARE     |
| AREA GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO                                                                         | <b>RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO</b><br>(come da elenco Guida al Piano Sanitario, compresi i trapianti) | <b>Rete:</b> pagamento diretto UniSalute<br><b>Fuori rete:</b> solo in assenza di strutture convenzionate entro 15 km dal domicilio/residenza dell'iscritto<br><b>SSN:</b> indennità sostitutiva                                                                                                                                                                        | Massimale annuo<br><b>€90.000</b> | Massimale annuo<br><b>€135.000</b> |
|                                                                                                           | <b>DEGENZA</b>                                                                                                      | <b>Rete:</b> pagamento diretto UniSalute<br><b>Fuori rete:</b> rimborso massimo €300/giorno                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                    |
|                                                                                                           | <b>ACCOMPAGNATORE</b>                                                                                               | <b>Rete:</b> retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera<br><b>Fuori rete:</b> limite di €50 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero                                                                                                                                                                 |                                   |                                    |
|                                                                                                           | <b>SPESE PRE/POST</b>                                                                                               | <b>PRE:</b> 50 gg prima del ricovero; anticipo di spesa presso struttura convenzionata rimborso fino a €1.000 condiviso con POST<br><b>POST:</b> 50 gg dopo il ricovero; pagamento diretto UniSalute fino a €1.000 condiviso con PRE                                                                                                                                    |                                   |                                    |
|                                                                                                           | <b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA DURANTE IL RICOVERO</b>                                                       | Rimborso €60 al giorno per massimo 30 gg di ricovero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                    |
|                                                                                                           | <b>TRASPORTO SANITARIO</b>                                                                                          | Rimborso massimo €500 per ricovero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |                                    |
|                                                                                                           | <b>NEONATI</b>                                                                                                      | Limite annuo €10.000 per neonato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                   |                                    |
|                                                                                                           | <b>INDENNITÀ SOSTITUTIVA</b>                                                                                        | <b>Indennità giornaliera</b> €150 al giorno per un massimo di 90 giorni, ma solo in assenza di richieste di prestazione e/o rimborso per il ricovero (come da elenco) né per altra prestazione ad esso connessa<br>Rimborso integrale per spese trattamento alberghiero o ticket sanitari                                                                               |                                   |                                    |
|                                                                                                           | <b>SPESE PRE/POST</b>                                                                                               | <b>PRE:</b> 50 gg prima del ricovero (fino a € 1.000 condiviso con POST)<br><b>POST:</b> 50 gg dopo il ricovero (fino a € 1.000 condiviso con PRE)                                                                                                                                                                                                                      |                                   |                                    |
| <b>ALTA SPECIALIZZAZIONE</b><br>(come da elenco Guida al Piano Sanitario)                                 |                                                                                                                     | <b>Rete:</b> franchigia €35<br><b>Fuori rete:</b> solo in assenza di strutture convenzionate entro 15 km dal domicilio/residenza dell'iscritto, rimborso con minimo non indennizzabile €35 per prestazione/ciclo<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%<br><b>Endoscopie diagnostiche e operative:</b> sottomassimale €500 (titolare) - €750 (titolare + nucleo familiare) | Massimale annuo<br><b>€7.000</b>  | Massimale annuo<br><b>€10.500</b>  |
| <b>VISITE SPECIALISTICHE</b>                                                                              |                                                                                                                     | <b>Rete:</b> minimo non indennizzabile €25 per prestazione<br><b>Fuori rete:</b> solo in assenza di strutture convenzionate entro 15 km dal domicilio/residenza dell'iscritto rimborso con minimo non indennizzabile €25 per prestazione<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                            | Massimale annuo<br><b>€1.050</b>  | Massimale annuo<br><b>€1.575</b>   |
| <b>TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E DI PRONTO SOCCORSO</b>                                           |                                                                                                                     | <b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Massimale annuo<br><b>€500</b>    | Massimale annuo<br><b>€750</b>     |
| <b>TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI</b><br>da infortunio e/o patologia temporaneamente invalidante |                                                                                                                     | <b>Rete:</b> minimo non indennizzabile €25 per ciclo<br><b>Fuori rete:</b> solo in assenza di strutture convenzionate entro 15 km dal domicilio/residenza dell'iscritto rimborso con minimo non indennizzabile €25 per ciclo<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                        | Massimale annuo<br><b>€350</b>    | Massimale annuo<br><b>€525</b>     |
| <b>PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE</b>                                                                    |                                                                                                                     | <b>Fuori rete:</b> scoperto 20%, minimo non indennizzabile €100                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Massimale annuo<br><b>€500</b>    | Massimale annuo<br><b>€750</b>     |



## SINTESI PRESTAZIONI SANITARIE

| PRESTAZIONI                                                                                               | LIMITI / QUOTE A CARICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SE PRESENTE IN COPERTURA                                            |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | IL TITOLARE                                                         | IL TITOLARE + NUCLEO FAMILIARE |
| <b>GRAVE INABILITÀ DETERMINATA DA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O DA GRAVI PATOLOGIE</b> | <b>Rete:</b> 100% pagamento diretto UniSalute<br><b>Fuori rete:</b> rimborso 100%<br><b>Servizio PAI</b> (piano assistenziale per non autosufficienze)<br>Limiti di spesa €7.000 fruibile nel corso dei primi tre anni del piano sanitario vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Massimale annuo<br><b>€7.000</b>                                    | -                              |
| <b>SERVIZIO MONITOR SALUTE</b>                                                                            | <b>Servizio di telemonitoraggio per patologie croniche:</b> diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e asma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Massimale annuo aggiuntivo per visite e accertamenti<br><b>€300</b> | -                              |
| <b>PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI</b>                                                               | <b>Rete:</b> pagamento diretto UniSalute<br><b>Fuori rete:</b> solo in assenza di strutture convenzionate entro 15 Km dal domicilio/residenza dell'iscritto spesa massima rimborsabile nei limiti previsti e senza applicazione di franchigia<br><b>Pacchetto Base:</b> età minima 18 anni<br><b>Prevenzione cardiovascolare:</b> età minima 40 anni/spesa massima autorizzabile €210/anno<br><b>Prevenzione patologie oncologiche genitali femminili:</b> età minima 50 anni/spesa massima autorizzabile €170/anno<br><b>Prevenzione patologie oncologiche prostatiche:</b> età minima 50 anni/spesa massima autorizzabile €170/anno | 1 volta/anno                                                        |                                |
| <b>MATERNITÀ GRAVIDANZA</b>                                                                               | <b>Rete:</b> pagamento diretto UniSalute<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Massimo 2 ecografie                                                 |                                |
| <b>TARiffe AGEVOLATE</b>                                                                                  | Sconti nelle strutture convenzionate, previa autorizzazioni di UniSalute                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -                                                                   |                                |
| <b>PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI</b>                                                             | <b>Rete:</b> scoperto 25% (fino a 2 per persona del nucleo familiare/anno)<br><b>Fuori rete:</b> rimborso fino a €35 per fattura (1 per persona del nucleo familiare/anno)<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo             |                                |
| <b>IMPLANTOLOGIA: APPLICAZIONE DI 3 O PIÙ IMPIANTI</b>                                                    | <b>Rete:</b> pagamento diretto UniSalute<br><b>Fuori Rete:</b> rimborso fino a €1.715<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Massimale annuo per nucleo familiare<br><b>€2.000</b>               |                                |
| <b>IMPLANTOLOGIA: APPLICAZIONE DI 2 O PIÙ IMPIANTI</b>                                                    | <b>Rete:</b> pagamento diretto UniSalute<br><b>Fuori Rete:</b> rimborso fino a €1.000<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sottomassimale annuo per nucleo familiare<br><b>€1.250</b>          |                                |
| <b>IMPLANTOLOGIA: APPLICAZIONE DI 1 IMPIANTO</b>                                                          | <b>Rete:</b> pagamento diretto UniSalute<br><b>Fuori Rete:</b> rimborso fino a €520<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sottomassimale annuo per nucleo familiare<br><b>€650</b>            |                                |
| <b>ORTODONZIA</b>                                                                                         | <b>Rete:</b> scoperto 25%<br><b>Fuori rete:</b> scoperto 50% per fattura con rimborso fino a €960/anno<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Massimale annuo per nucleo familiare<br><b>€2.000</b>               |                                |
| <b>INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI</b><br>(per patologie come da Guida al Piano Sanitario)            | <b>Rete:</b> pagamento diretto UniSalute<br><b>Fuori rete:</b> con rimborso fino a €1.600/anno<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Massimale annuo per nucleo familiare<br><b>€3.000</b>               |                                |
| <b>CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE</b>                                                                   | <b>Rete:</b> scoperto 25%<br><b>Fuori rete:</b> scoperto 40% per fattura con rimborso fino a €160/anno<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Massimale annuo per nucleo familiare<br><b>€200</b>                 |                                |
| <b>AVULSIONE</b>                                                                                          | <b>Rete:</b> pagamento diretto UniSalute<br><b>Fuori rete:</b> solo se l'avulsione è legata alle prestazioni di implantologia, con rimborso fino a €100 per avulsione calcolato nel massimale previsto per l'implantologia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Fino a 4 denti                                                      |                                |
| <b>PROTESI MOBILI DENTARIE</b>                                                                            | <b>Rete:</b> scoperto 25% per fattura<br><b>Fuori rete:</b> scoperto 40% per fattura con rimborso fino a €400<br><b>SSN:</b> rimborso ticket 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Massimale annuo per nucleo familiare<br><b>€500</b>                 |                                |



## SINTESI GARANZIE PER INFORTUNIO

Il seguente schema costituisce uno strumento di consultazione sintetica delle **garanzie previste a seguito di infortunio**. Per i dettagli e il corretto utilizzo delle prestazioni, si raccomanda la consultazione della **Guida alle garanzie infortuni** valida dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025.

| <br>PRESTAZIONI                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | LIMITI / SCOPERTI /FRANCHIGIE                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SE PRESENTE IN COPERTURA                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | IL TITOLARE                                                                                                     |
| <b>RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO PROFESSIONALE ED EXTRA PROFESSIONALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Prestazione Rimborsuale</b><br><b>Franchigia €30</b><br>SSN: 100% rimborso ticket                                                                                                                                                                                                                             | <b>Da infortunio professionale</b><br><b>€2.000</b><br><b>Da infortunio extraprofessionale</b><br><b>€1.000</b> |
| <b>INDENNITÀ FORFETTARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CON RICOVERO COMPRESO TRA 16 E 29 GG</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Prestazione Indennitaria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>€1.500</b>                                                                                                   |
| <b>INDENNITÀ FORFETTARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CON RICOVERO DI DURATA SUPERIORE A 30 GG</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Prestazione Indennitaria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>€2.000</b>                                                                                                   |
| <b>INDENNITÀ FORFETTARIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A INFORTUNIO PROFESSIONALE = &gt; 32%</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Prestazione Indennitaria</b><br>IP = > 32% e < 40%<br>IP = > 40% e < 50%<br>IP = > 50% e < 66%<br>IP = > 66%                                                                                                                                                                                                  | <b>€1.000</b><br><b>€2.500</b><br><b>€5.000</b><br><b>€10.000</b>                                               |
| <b>RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO PROFESSIONALE CON RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA</b><br>(presso un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ed Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione per la riabilitazione neuromotoria ai sensi della legge n. 833/78 art. 42 e s. m. i.- vedi punto di attenzione 4 delle istruzioni operative per la denuncia di un infortunio). | <b>Prestazione Rimborsuale</b><br><b>DURATA &gt; 60 gg &lt; 181 gg</b><br><b>DURATA &gt; 180 gg &lt; 361 gg</b><br><b>DURATA &gt; 360 gg</b><br><br><b>Con grave trauma cranico e/o lesione del midollo spinale</b>                                                                                              | <b>€5.000</b><br><b>€10.000</b><br><b>€20.000</b><br><br><b>€60.500</b>                                         |
| <b>INDENNITÀ DI VITTO E ALLOGGIO ACCOMPAGNATORE PER RIABILITAZIONE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Prestazione Indennitaria</b><br><b>All'esterno della Provincia di residenza</b><br>€50 al giorno per un massimo di 90 giorni<br><b>All'esterno della Regione di residenza</b><br>€75 al giorno per un massimo di 90 giorni                                                                                    | <b>Fino alla concorrenza di €4.500</b><br><br><b>Fino alla concorrenza di €6.750</b>                            |
| <b>RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO IN AMBULANZA PER RIABILITAZIONE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Prestazione Rimborsuale</b><br><b>All'esterno della Provincia di residenza</b><br><b>All'esterno della Regione di residenza</b>                                                                                                                                                                               | <b>€600</b><br><b>€1.200</b>                                                                                    |
| <b>RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Prestazione Rimborsuale</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>€4.000</b>                                                                                                   |
| <b>RIMBORSO SPESE SANITARIE SOSTENUTE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CHE COLPISCA L'APPARATO MASTICATORIO (almeno 4 denti posteriori o anteriori)</b>                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Prestazione Rimborsuale</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>€7.500</b>                                                                                                   |
| <b>CAPITALE CASO MORTE PER INFORTUNIO PROFESSIONALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Prestazione Indennitaria</b><br>Raddoppio somma in presenza di figli con disabilità e/o di età <14 anni al momento del sinistro                                                                                                                                                                               | <b>€15.000</b>                                                                                                  |
| <b>ASSEGNO FUNERARIO CASO MORTE DA INFORTUNIO PROFESSIONALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Prestazione Indennitaria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>€2.000</b>                                                                                                   |
| <b>RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI MALATTIA PROFESSIONALE RICOMPRESA NELL'ELENCO RIPORTATO NEL NOMENCLATORE INFORTUNI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Prestazione Rimborsuale</b><br>Spese sostenute nei 180 gg antecedenti e 360 gg successivi al riconoscimento della malattia professionale (IP = > 55%) per prestazioni sanitarie indicate nel nomenclatore infortuni (Tabella A), (Franchigia €50 per le visite mediche e specialistiche in struttura privata) | <b>€1.000</b>                                                                                                   |
| <b>ASSEGNO FUNERARIO CASO MORTE DA MALATTIA PROFESSIONALE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Prestazione Indennitaria</b><br>Per il caso di morte, a seguito di una o più delle patologie indicate nel nomenclatore infortuni                                                                                                                                                                              | <b>€2.000</b>                                                                                                   |



## SINTESI PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE

La presente scheda riepilogativa costituisce esclusivamente un breve riassunto delle principali prestazioni offerte e, pertanto, ha carattere puramente informativo e non esaustivo. Tutte le prestazioni e le condizioni di rimborso sono riportate nelle **Guide alle Garanzie in autogestione** valide dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025.

| <br><b>PRESTAZIONI</b> |                                                                       | <b>LIMITI / SCOPERTI / FRANCHIGIE</b>                                                                                                                                    | <b>SE PRESENTE IN COPERTURA</b>                     |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|
|                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                                                          | <b>IL TITOLARE</b>                                  | <b>IL TITOLARE + IL NUCLEO FAMILIARE</b> |
| <b>TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI</b>                                                          |                                                                       | Il massimale annuo fa riferimento a documenti di spesa emessi dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025 e potrà essere raggiunto sommando più richieste/franchigia nessuna | Massimale annuo<br><b>€500</b>                      | -                                        |
| <b>LENTI CORRETTIVE E/O MONTATURE DI OCCHIALI</b>                                                       |                                                                       | Il massimale annuo fa riferimento a documenti di spesa emessi dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025 e potrà essere raggiunto sommando più richieste/franchigia nessuna | Massimale annuo per nucleo familiare<br><b>€250</b> |                                          |
| <b>AUSILI E PRESIDI SANITARI</b>                                                                        | <b>Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori</b> | Il massimale annuo fa riferimento a documenti di spesa emessi dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025 e potrà essere raggiunto sommando più richieste/franchigia nessuna | Massimale annuo per nucleo familiare<br><b>€315</b> |                                          |
|                                                                                                         | <b>Sedia a rotelle</b>                                                |                                                                                                                                                                          |                                                     |                                          |
|                                                                                                         | <b>Busti ortopedici/ corsetti ortopedici</b>                          |                                                                                                                                                                          |                                                     |                                          |
|                                                                                                         | <b>Ortesi</b>                                                         |                                                                                                                                                                          |                                                     |                                          |
|                                                                                                         | <b>Tutori</b>                                                         |                                                                                                                                                                          |                                                     |                                          |
|                                                                                                         | <b>Contenitore addominale</b>                                         |                                                                                                                                                                          |                                                     |                                          |
|                                                                                                         | <b>Calzature ortopediche/ plantari ortopedici</b>                     |                                                                                                                                                                          |                                                     |                                          |