

CASSASANITARIA

del Personale delle Società dei Gruppi BNL
e BNP PARIBAS Italia

Guida Piano Sanitario

Dipendenti in servizio
appartenenti
alle aree professionali
e ai quadri direttivi
dei GRUPPI BNL
e BNP PARIBAS ITALIA

Edizione 2021



UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

**Per tutte le prestazioni previste
dal Piano Sanitario**
diverse dal ricovero vai su:
www.unisalute.it
24h su 24, 365 giorni l'anno
o utilizza **l'app My Cassa BNL**



Per tutte le prestazioni dell'area ricovero
contatta preventivamente il
Numero Verde
800-009696

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari: 8.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì

Servizio di assistenza ai clienti
Numero Verde
800-212477

24 ore su 24, sette giorni su sette

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

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna
fax 051- 7096892 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 quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) 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 l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di **ricor-
rere a sistemi conciliativi ove esistenti.**

Guida al Piano sanitario Dipendenti appartenenti alle Aree Professionali e ai Quadri Direttivi dei Gruppi BNL e BNP Paribas Italia

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la convenzione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

**Le prestazioni del piano sono garantite dalla Cassa
Sanitaria del Personale delle Società dei Gruppi BNL
e BNP-Paribas Italia**

**Via degli Aldobrandeschi 300 - 00163 Roma
per il tramite di:**

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE



1. Sommario

1.	SOMMARIO.....	5
2.	BENVENUTO	7
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	7
3.1	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia.....	7
3.2	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia.....	8
3.3	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale.....	9
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE.....	10
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	11
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	13
7.	COPERTURA BASE.....	14
7.1	Ricovero in istituto di cura.....	14
7.1.1	Trasporto sanitario	16
7.2	Spese di viaggio	16
7.3	Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	16
7.4	Intervento chirurgico ambulatoriale	17
7.5	Trapianti.....	17
7.6	Parto e aborto.....	17
7.6.1	Parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo (che implicino intervento chirurgico)	17
7.6.2	Parto non cesareo e aborto terapeutico o spontaneo (che non implicino intervento chirurgico)	18
7.7	Interventi stomatologici conseguenti ad infortunio	18
7.8	Cure di disintossicazione	18
7.9	Interventi ricostruttivi del seno.....	19
7.10	Rimpatrio della salma.....	19
7.11	Ospedalizzazione domiciliare.....	19
7.12	Anticipazione dei rimborsi	19
7.13	Indennità sostitutiva per ricovero con intervento chirurgico, ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infarto del miocardio e/o ictus cerebrale, ricovero senza intervento chirurgico a seguito di malattia oncologica, day-hospital chirurgico, ricovero a seguito di contagio da COVID-19.....	20
7.14	Il massimale dell'area ricovero	20
7.15	Malattie gravi.....	21
7.16	Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche.....	22
7.16.1	Prestazioni di alta specializzazione	22
7.16.2	Altre prestazioni diagnostiche (copertura valida solo per le Aree Professionali e ed i Quadri Direttivi di I e II livello assunti prima del 1999 e tutti i Quadri Direttivi di III e IV livello).....	23
7.16.3	Modalità di erogazione delle prestazioni e massimale Iscritto	23
7.17	Endoscopie diagnostiche ed operative non effettuate in regime di ricovero o Day-Hospital.....	24
7.18	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici.....	25
7.19	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio.....	26
7.20	Odontoiatria/ortodonzia	26
7.20.1	Accertamenti diagnostici odontoiatrici	26
7.20.2	Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia	26

7.20.3	Modalità di erogazione delle prestazioni e massimale	27
7.21	Protesi Acustiche.....	27
7.22	Protesi anatomiche.....	28
7.23	Riabilitazione a seguito di autismo o dislessia (copertura valida per ragazzi fino a 19 anni).....	28
7.24	Spese di viaggio e pernottamento dei genitori in caso di malattia genetica.....	28
7.25	Prevenzione (copertura operante per il solo dipendente)	29
7.26	Diagnosi comparativa.....	30
7.27	Pacchetto maternità.....	32
7.28	Copertura per stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo dipendente)	32
7.28.1	Definizione della copertura	32
7.28.2	Condizioni di assicurabilità	32
7.28.3	Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo.....	33
7.28.4	Somma garantita.....	33
7.29	Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute	33
7.30	Servizi di consulenza e assistenza	34
8.	COPERTURA FACOLTATIVA 1	37
8.1	Indennità sostitutiva per ricoveri senza intervento chirurgico diversi da infarto del miocardio, ictus cerebrale e malattie oncologiche	37
8.2	Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche.....	37
8.3	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici.....	38
8.4	Ticket per visite specialistiche e accertamenti diagnostici.....	38
8.5	Lenti.....	38
8.6	Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero.....	39
8.7	Prevenzione odontoiatrica.....	40
9.	COPERTURA FACOLTATIVA 2	41
9.1	Odontoiatria/ortodonzia	41
9.1.1	Accertamenti diagnostici odontoiatrici	41
9.1.2	Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia	41
9.1.3	Modalità di erogazione delle prestazioni e massimale	42
10.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	43
11.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	44
11.1	Validità territoriale.....	44
11.2	Limiti di età.....	44
11.3	Gestione dei documenti di spesa.....	44
11.4	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	45
12.	FAQ SERVIZI ONLINE E MOBILE	46
12.1	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	46
12.2	Come faccio ad accedere ai servizi della app My Cassa BNL?	46
12.3	Come faccio a prenotare online o via app le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	46
12.4	Come faccio a chiedere il rimborso dei ticket?	47
12.5	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	47
12.6	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	47
12.7	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate sul sito UniSalute?.....	47
12.8	Come posso ottenere pareri medici?.....	48
13.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	48
14.	GLOSSARIO	51

2. Benvenuto

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per l'utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

I servizi multicanale: semplici e veloci

Su **www.unisalute.it** e attraverso l'app **My Cassa BNL**, hai a disposizione utili servizi, **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno**, che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

Per saperne di più consulta il **capitolo 4**.

3. Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario

3.1 Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell'Area clienti. E' sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario, diverse dal Ricovero, puoi utilizzare la **prenotazione online nella tua area riservata su www.unisalute.it o sulla app My Cassa BNL**. I servizi sono accessibili h24 ovunque ti trovi!
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.



All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere **preventivamente autorizzata da UniSalute**), dovrai presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la tua 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 dovrai sottoscrivere il modulo contenente gli impegni 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 dovrai solo firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la prescrizione contenente la richiesta di ricovero, così che possa essere unita alla documentazione. UniSalute, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti previsti. Dovrai firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

Dovrai 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, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti. L'elenco, sempre aggiornato, è disponibile su www.unisalute.it.

3.2 Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario prevede anche la facoltà di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. In questo caso il rimborso delle spese sostenute avverrà con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole coperture del Piano sanitario. Una volta effettuata la prestazione, dovrai saldare le fatture e le note spese.



Per richiederne il rimborso devi inviare a Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, via degli Aldobrandeschi, 300 - 00163 Roma la documentazione necessaria:

- **il modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla presente Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- **in caso di ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- **in caso di indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

- **in caso di prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante;
- **documentazione di spesa (distinte e ricevute) in COPIA in cui risulti il quietanzamento**. Non è quindi necessario inviare i documenti in originale a meno che non venga esplicitamente richiesto da UniSalute.

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute 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 e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra.

E' bene sapere che dovrai consentire controlli medici eventualmente disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e curate.

3.3 Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se decidi di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone che:

- Se sostieni delle spese per ticket sanitari, queste vengono rimborsate come previsto nelle singole coperture.



Per richiedere il rimborso dei ticket puoi utilizzare la app My Cassa BNL: basta fare una foto ai documenti.



In alternativa, utilizza il Modulo di rimborso allegato alla presente Guida e inviarlo insieme a copia della documentazione a: **Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, via degli Aldobrandeschi, 300 - 00163 - Roma.**

4. Servizi online e mobile

Con i servizi online mobile puoi utilizzare la tua copertura sanitaria in ogni momento e ovunque ti trovi!

Nella tua area riservata su www.unsalute.it o sulla app My Cassa BNL:

- prenoti visite ed esami presso le strutture sanitarie convenzionate;
- visualizzi l'agenda con i tuoi appuntamenti;
- chiedi il rimborso dei ticket;
- consulti l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso;
- ricevi notifiche in tempo reale con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso;
- ottieni pareri medici online;
- accedi alla sezione Per Te per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog In-Salute.

Vuoi maggiori informazioni sui servizi online e app? Consulta **le FAQ sui servizi online al capitolo 12.**

L'app **My Cassa BNL** è disponibile per smartphone e tablet e **puoi scaricarla gratuitamente da App Store e Play Store.**



5. Le persone per cui è operante la copertura

1) COPERTURA BASE

La copertura è prestata a favore dei dipendenti appartenenti alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi iscritti alla "Cassa Sanitaria del Personale delle Società dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia per il Personale appartenente alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi", e dei relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia che abbiano aderito alla copertura.

Per nucleo familiare si intende:

1. il coniuge anche se non convivente purché non legalmente separato
2. i figli conviventi con il dipendente o con il coniuge così come descritto al precedente punto 1)
3. i figli anche non conviventi ma a carico del dipendente fino al compimento del 26° anno di età
4. i figli di età superiore a 26 anni purché conviventi
5. è equiparato al coniuge il convivente more uxorio purché risultante dal certificato di famiglia o documento equivalente. Sono equiparati ai figli gli affidatari o gli adottivi.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, ad "altri familiari conviventi" intendendo per tali i genitori, i fratelli e le sorelle, i nipoti del titolare. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia. La copertura può essere altresì estesa ai figli fiscalmente non a carico e non conviventi di età superiore ai 26 anni.

Se il dipendente decide di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile attivarla successivamente.

Si intendono equiparati ai dipendenti in servizio, i dipendenti con rapporto di lavoro sospeso o con distacco convenzionale. Per le predette persone la copertura avrà effetto solo dopo indicazione nominativa del dipendente.

BNL ha raggiunto un accordo con i dipendenti per l'agevolazione agli esodi, ai sensi dell'art. 59 3° comma della Legge 449/97, che consentirà al personale stesso, al quale non manchino più di 60 mesi per maturare il diritto al trattamento pensionistico, di risolvere consensualmente il rapporto di lavoro a fronte della corresponsione di un'indennità di agevolazione. I titolari dell'indennità dell'agevolazione all'esodo si intendono parificati ai dipendenti della Banca, alle condizioni tutte prestate dalla presente polizza per il dipendente e per tutto il suo nucleo familiare, ivi compreso l'allineamento facoltativo.

tivo della copertura del nucleo familiare a quello del dipendente. Alla fine dell'annualità, in cui terminerà l'agevolazione, i suddetti titolari avranno il diritto di aderire alla polizza alle stesse condizioni previste per i pensionati.

2) COPERTURA FACOLTATIVA 1

La "Copertura Facoltativa 1" è prestata a favore dei dipendenti appartenenti alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi e dei relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia già coperti con il piano sanitario BASE, che abbiano volontariamente aderito alla copertura. La "Copertura Facoltativa 1" non è attivabile per gli "altri familiari conviventi" (vedi punto precedente).

3) COPERTURA FACOLTATIVA 2

La "Copertura Facoltativa 2" è prestata a favore dei dipendenti appartenenti alle Aree Professionali ed ai Quadri Direttivi e dei relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia già coperti con il piano sanitario BASE e con la "Copertura Facoltativa 1" che abbiano volontariamente aderito alla copertura.

6. Le Prestazioni del Piano Sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti garanzie:

COPERTURA BASE

- Ricovero in Istituto di cura;
- Day-hospital;
- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- Parto e aborto;
- Malattie gravi;
- Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche;
- Endoscopie diagnostiche ed operative non effettuate in regime di ricovero o Day-Hospital;
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- Protesi acustiche ed anatomiche;
- Riabilitazione a seguito di autismo o dislessia (copertura attiva per ragazzi fino a 19 anni);
- Spese di viaggio e pernottamento dei genitori in caso di malattia genetica;
- Prevenzione (copertura operante per il solo dipendente);
- Copertura per stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo dipendente);
- Diagnosi comparativa;
- Pacchetto maternità;
- Odontoiatria/Ortodonzia
- Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute
- Servizi di consulenza e assistenza.

COPERTURA FACOLTATIVA 1 (da acquistare obbligatoriamente per poter aderire alla copertura facoltativa 2)

- Indennità sostitutiva per ricoveri senza intervento chirurgico diversi da infarto del miocardio, ictus cerebrale e malattie oncologiche;
- Aumento del massimale per Prestazioni di alta specializzazione;
- Aumento del massimale per Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- Ticket per visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- Lenti;
- Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- Prevenzione odontoiatrica

COPERTURA FACOLTATIVA 2

- Odontoiatria/ortodonzia (incremento massimale)

7. Copertura base

7.1 Ricovero in istituto di cura

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero. Se l'Isritto viene ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero  PRENOTA ON-LINE O SU APP	Esami, accertamenti diagnostici, onorari medici (incluse terapie mediche) 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 e le protesi anatomiche.
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.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, la copertura è prestata nel limite di € 26,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 26,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero.
Post-ricovero  PRENOTA ON-LINE O SU APP	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), 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 copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
Protesi ortopediche	Protesi ortopediche acquistate nei 90 giorni successivi al ricovero nel limite annuo di € 1.050,00 per nucleo familiare. (In Ortopedia le protesi sono componenti atte a sostituire in parte o completamente un segmento scheletrico del corpo umano per cause acquisite come un evento traumatico o per cause congenite, restituendo immagine corporea e funzionalità.)

- **Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia ed effettuate da medici convenzionati**

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse dalla Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di **€ 600,00**, ad eccezione delle garanzie "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Protesi ortopediche" che prevedono specifici limiti. Tale franchigia dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

Le prestazioni di pre e post ricovero, anche se effettuate presso strutture non convenzionate con Unisalute, vengono rimborsate senza l'applicazione di franchigie e scoperti.

Nel caso di ricoveri dovuti a grandi interventi chirurgici, intendendo per tali quelli elencati al successivo paragrafo "Elenco grandi interventi chirurgici", la liquidazione avverrà senza l'applicazione di franchigie e scoperti.

- **Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia**

Le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **20%** a carico dell'Iscritto con il minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** e con un massimo non indennizzabile di **€ 4.000,00**, ad eccezione delle garanzie "Accompagnatore", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Portesi ortopediche" che prevedono specifici limiti.

Nel caso di ricoveri dovuti a grandi interventi chirurgici, intendendo per tali quelli elencati al successivo paragrafo "Elenco grandi interventi chirurgici", le prestazioni vengono rimborsate lasciando una quota del **15%** a carico dell'Iscritto con il minimo non indennizzabile di **€ 1.000,00** e con un massimo non indennizzabile di **€ 2.500,00**, ad eccezione delle garanzie "Accompagnatore", "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Portesi ortopediche" che prevedono specifici limiti

- **Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia ed effettuate da medici non convenzionati**

- Le spese relative alle competenze fatturate dalle strutture convenzionate vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di **€ 600,00**, ad eccezione delle garanzie "Assistenza infermieristica privata individuale" e "Protesi ortopediche" che prevedono specifici limiti. Tale franchigia dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.
- Le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura (onorari fatturati dall'equipe medica, spese per accompagnatore, ecc.) vengono rimborsate lasciando una quota del **20%** a carico dell'Iscritto con il minimo non indennizzabile di **€**

520,00 e con un massimo non indennizzabile di **€ 3.400,00**, ad eccezione delle garanzie “Accompagnatore”, “Assistenza infermieristica privata individuale” e “Portesi ortopediche” che prevedono specifici limiti.

Nel caso di ricoveri dovuti a grandi interventi chirurgici, intendendo per tali quelli elencati al successivo paragrafo “Elenco grandi interventi chirurgici”, le spese relative alle competenze fatturate dalle strutture convenzionate vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute senza l'applicazione di franchigie e scoperti; le spese relative alle prestazioni non fatturate dalla struttura (onorari fatturati dall'equipe medica, spese per accompagnatore, ecc.) vengono rimborsate lasciando una quota del **15%** a carico dell'Iscritto con il minimo non indennizzabile di **€ 750,00** e con un massimo non indennizzabile di **€ 2.500,00**, ad eccezione delle garanzie “Accompagnatore”, “Assistenza infermieristica privata individuale” e “Portesi ortopediche” che prevedono specifici limiti.

- **Modalità di erogazione delle prestazioni in caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

In questo caso verrà attivata la copertura di cui al successivo punto “Indennità sostitutiva”.

Se l'Iscritto sostiene delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, queste verranno rimborsate integralmente nei limiti previsti ai diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

7.1.1 Trasporto sanitario

Il piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Iscritto in ambulanza, eliambulanza, jet sanitario o qualsiasi mezzo di locomozione abilitato al trasporto 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 **€ 5.200,00** per anno e per persona.

7.2 Spese di viaggio

Il piano sanitario rimborsa le spese di viaggio dell'Iscritto per ricovero con intervento chirurgico, sia in Italia che all'estero con mezzi di linea, con il massimo di **€ 2.600,00** per anno e per persona.

7.3 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi “Ricovero in istituto di cura”, “Trasporto sanitario” e “Spese di viaggio” con i relativi limiti in essi indicati.

Questa copertura non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

7.4 Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo “Ricovero in istituto di cura” punti “pre-ricovero”, “intervento chirurgico”, “assistenza medica, medicinali, cure”, “post-ricovero”, “Protesi ortopediche”, “Trasporto sanitario” e “Spese di viaggio”, con i relativi limiti in essi indicati.

7.5 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, comunque rientranti nell'elenco dei grandi interventi chirurgici, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute liquida, senza l'applicazione di scoperti o franchigie, le spese previste ai punti “Ricovero in Istituto di cura”, “Trasporto sanitario” e “Spese di viaggio” 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 copertura assicura le 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.

La copertura è inoltre operante anche per le spese sostenute dagli Iscritti che volontariamente donino propri organi a terzi anche se non coperti con la presente polizza.

7.6 Parto e aborto

7.6.1 Parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo (che implicino intervento chirurgico)

In caso di parto cesareo o aborto terapeutico o spontaneo (che implichi intervento chirurgico), Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi “Ricovero in Istituto di cura”, “Trasporto sanitario” e “Spese di viaggio” con il relativo limite in esso indicato. Le spese sostenute verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 6.000,00** per anno e per nucleo familiare, in strutture convenzionate e non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per le sole garanzie “Trasporto sanitario” e “Spese di viaggio”.

7.6.2 Parto non cesareo e aborto terapeutico o spontaneo (che non implichino intervento chirurgico)

In caso di parto non cesareo o aborto terapeutico o spontaneo (che non implichi intervento chirurgico), Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato. Le spese sostenute verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 3.000,00** per anno e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie.

7.7 Interventi stomatologici conseguenti ad infortunio

In deroga a quanto previsto al paragrafo "Casi di non operatività del piano" al punto 2, il piano sanitario liquida all'Isritto le spese sostenute per cure dentarie e paradentarie - compreso il costo delle relative protesi totali e/o parziali - a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, che abbia comportato ricovero con intervento chirurgico odontoiatrico documentato da cartella clinica - anche in regime di Day-Hospital chirurgico.

Per l'attivazione della copertura è necessaria la presenza di un certificato di Pronto Soccorso

Si intendono operanti le garanzie, i limiti ed i massimali previsti ai punti "Ricovero in Istituto di cura", "Trasporto sanitario" e "Spese di viaggio".

Tali infortuni possono essere avvenuti anche nel corso delle due precedenti annualità assicurative purché vengano adeguatamente documentati sia l'infortunio che il precedente ricovero.

7.8 Cure di disintossicazione

In caso di cure di disintossicazione, il piano sanitario liquida all'Isritto le spese previste ai punti "Ricovero in istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in esso indicati.

Il massimale annuo è di € 3.620,00 per nucleo familiare.

7.9 Interventi ricostruttivi del seno

Il piano sanitario comprende in copertura gli interventi ricostruttivi del seno, comprese le prestazioni di riallineamento, a seguito di:

- mastectomia effettuata nel corso di validità della polizza;
- mastectomia o interventi ricostruttivi avvenuti nel corso delle tre annualità precedenti all'effetto di polizza purché sia fornita copia della cartella clinica della precedente mastectomia.

Si intendono operanti le garanzie, i limiti ed i massimali previsti ai punti "Ricovero in Istituto di cura", "Trasporto sanitario" e "Spese di viaggio".

7.10 Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, tramite UniSalute, rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.050,00 per anno e per persona.

7.11 Ospedalizzazione domiciliare

Il piano sanitario, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza (pertanto anche a seguito di ricovero per contagio COVID-19), mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La copertura può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate secondo le modalità previste al punto "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio".

Il massimale annuo è di € 10.000,00 per persona.

7.12 Anticipazione dei rimborsi

Nei casi di ricovero per i quali l'istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, corrisponde - su richiesta dell'Iscritto - l'importo versato a tale titolo entro l'**80%** della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate. Se l'Iscritto fornisce, su dichiarazione dell'istituto di cura, l'ammontare preciso del rimborso, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute provvederà a corrispondere l'anticipo fino al 90% della

spesa prevista nei limiti contrattuali. A richiesta dell'Iscritto, per richieste superiori ai **€ 2.600,00** potranno essere anticipati sia l'importo da versare quale deposito preventivo per il ricovero, sia le spese previste e dettagliate con preventivo nella misura dell'**80%** del massimale con saldo a fine ricovero a esibizione della documentazione sanitaria e delle fatture saldate.

Nel caso di prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate da Uni-Salute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia ed effettuate da medici non convenzionati, le anticipazioni verranno erogate solo sulle spese degli onorari dei medici non convenzionati.

7.13 Indennità sostitutiva per ricovero con intervento chirurgico, ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infarto del miocardio e/o ictus cerebrale, ricovero senza intervento chirurgico a seguito di malattia oncologica, day-hospital chirurgico, ricovero a seguito di contagio da COVID-19

In caso di ricovero per intervento chirurgico, ricovero senza intervento chirurgico a seguito di infarto del miocardio e/o ictus cerebrale, ricovero senza intervento chirurgico a seguito di malattia oncologica, day-hospital chirurgico, ricovero a seguito di contagio da COVID-19, se l'Iscritto non richiede alcun rimborso a Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura" punti "Pre-ricovero" e "Post ricovero" avrà diritto a un'indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ogni ricovero.

L'indennità verrà erogata anche nel caso in cui l'Iscritto sia sottoposto al regime di quarantena presso il proprio domicilio a seguito di positività al tampone COVID-19; in questo caso ai fini del rimborso è necessario il certificato emesso dall'autorità competente che attesti la positività al virus ed il relativo periodo di isolamento domiciliare. Le spese relative alle garanzie di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a **€ 2.000,00**.

7.14 Il massimale dell'area ricovero

Con massimale si intende la spesa massima che il Piano Sanitario si impegna ad erogare all'Iscritto per le relative garanzie e/o prestazioni previste. Il Piano Sanitario prevede quindi un massimale che ammonta a **€ 350.000,00** per anno e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questo importo viene raggiunto non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni.

La copertura riprenderà l'anno successivo e con il nuovo pagamento di contributo, per gli eventi che dovessero accadere nel nuovo periodo.

7.15 Malattie gravi

Il piano sanitario liquida le spese relative a:

- chemioterapia, cobaltoterapia e terapie radianti, laser e simili (da effettuarsi sia in regime di ricovero o Day-Hospital che in regime di extra ricovero);
- fisioterapia riabilitativa;
- visite, accertamenti diagnostici, analisi e terapie;
- infiltrazioni retro bulbari ed intravitreali (da effettuarsi sia in regime di ricovero o Day-Hospital che in regime di extra ricovero)
- spese infermieristiche nel limite di **€ 30,00** al giorno per un massimo 20 giorni per anno e per persona.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- Malattie oncologiche;
- Malattie del sangue;
- AIDS;
- Diabete complicato;
- Cure successive a interventi chirurgici a carico del cuore;
- Ictus cerebrale: incidente cerebrovascolare risultante in un danno neurologico permanente ad esclusione degli attacchi ischemici temporanei (TIA);
- Sclerosi multipla definitiva, diagnosticata da neurologo da almeno 6 mesi;
- Maculopatia degenerativa;
- Sindrome della doppia corteccia;
- SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica);
- Distrofia muscolare;
- Malattia di Parkinson.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Iscritto si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

Il massimale annuo è di € 40.000,00 per nucleo familiare.

7.16 Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche

7.16.1 Prestazioni di alta specializzazione

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")	
Angiografia	Fluorangiografia
Artrografia	Galattografia
Broncografia	Isterosalpingografia
Cisternografia	Linfografia
Cistografia	Mielografia
Cistouretrografia	Retinografia
Clisma opaco	Rx esofago con mezzo di contrasto
Colangiografia intravenosa	Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
Colangiografia percutanea (PTC)	Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
Colangiografia trans Kehr	Scialografia
Colecistografia	Splenoportografia
Dacriocistografia	Urografia
Defecografia	Vesciculodeferentografia
Fistelografia	Videoangiografia
Flebografia	Wirsunggrafia
Accertamenti	Terapie
Ecocardiografia	Chemioterapia
Elettroencefalogramma	Cobaltoterapia
Elettromiografia	Dialisi
Mammografia o Mammografia Digitale	Laserterapia a scopo fisioterapico
PET	Radioterapia
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)	
Scintigrafia	
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)	

7.16.2 Altre prestazioni diagnostiche (copertura valida solo per le Aree Professionali e ed i Quadri Direttivi di I e II livello assunti prima del 1999 e tutti i Quadri Direttivi di III e IV livello)

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- ecografia
- doppler

7.16.3 Modalità di erogazione delle prestazioni e massimale Iscritto



**PRENOTA ON-LINE
O SU APP**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato da UniSalute** per con Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BN-

P-Paribas Italia tramite UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Tale franchigia dovrà essere versata dall'Isritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, è necessario che l'Isritto allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il massimale annuo è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

7.17 Endoscopie diagnostiche ed operative non effettuate in regime di ricovero o Day-Hospital

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese di tutte le prestazioni endoscopiche sia a scopo diagnostico che terapeutico; rientrano pertanto in tale copertura anche eventuali asportazioni (per esempio biopsie, polipectomie, ecc.) se eseguite contestualmente all'accertamento endoscopico.



**PRENOTA ON-LINE
O SU APP**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato da UniSalute** per con Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, con l'applicazione di una franchigia di **€ 35,00** per ogni accertamento diagnostico/trattamento terapeutico.

Tale franchigia 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.

Se l'Iscritto si rivolge a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni accertamento diagnostico/trattamento terapeutico. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Se l'Iscritto si avvale del **Servizio Sanitario Nazionale**, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il massimale annuo è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

7.18 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.



**PRENOTA ON-LINE
O SU APP**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas

Italia tramite UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 30,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Tale franchigia 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 da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, o nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Il massimale annuo è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

7.19 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Le spese sostenute vengono sempre rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 50,00** per ogni ciclo di terapia. Ciò vale per le strutture sanitarie convenzionate, per quelle non convenzionate e per il Servizio Sanitario Nazionale.

Il massimale annuo è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

7.20 Odontoiatria/ortodonzia

In deroga a quanto previsto al paragrafo “Casi di non operatività del piano” al punto 2, il piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto indicate. Ai fini dell'operatività della copertura, nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate ed il relativo costo.

7.20.1 Accertamenti diagnostici odontoiatrici

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- ortopantomografia
- dentalscan
- telecranio

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

7.20.2 Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

Rientrano in copertura eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

7.20.3 Modalità di erogazione delle prestazioni e massimale

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, con l'applicazione di uno scoperto del **20%**. Tale scoperto dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Gli eventuali importi di spesa eccedenti i massimali annui in copertura dovranno essere versati dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Se l'Iscritto si rivolge a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con il minimo non indennizzabile di **€ 150,00** per fattura. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la scheda anamnestica odontoiatrica scaricabile dall'area riservata del sito www.cassasanitariabnl.it.

Se l'Iscritto si avvale del **Servizio Sanitario Nazionale**, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la scheda anamnestica odontoiatrica scaricabile dall'area riservata del sito www.cassasanitariabnl.it.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 800,00 per nucleo familiare. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia è previsto un sotto massimale annuo di € 650,00 per nucleo familiare.

7.21 Protesi Acustiche

Unisalute rimborsa le spese per l'acquisto di protesi acustiche nel **limite annuo di € 2.000,00 per nucleo familiare**.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **scoperto del 20% per fattura/persona**.

7.22 Protesi anatomiche

UniSalute provvede al rimborso delle spese per protesi anatomiche, totali o parziali, applicate o sostituite, anche al di fuori dell'intervento chirurgico.

Il massimale annuo è di € 41.316,00 per nucleo familiare.

7.23 Riabilitazione a seguito di autismo, dislessia o sindrome di Down (copertura valida per ragazzi fino a 19 anni)

UniSalute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti riabilitativi **a seguito di autismo, dislessia o sindrome di Down, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano state certificate e riconosciute dalla ASL di competenza.**

Sarà sufficiente produrre copia di tale certificazione solo all'atto della prima richiesta di erogazione delle prestazioni.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'**applicazione di una franchigia di € 35,00** per ogni ciclo di terapia

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 70,00** per ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Società rimborsa integralmente **i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.**

Il massimale annuo è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

7.24 Spese di viaggio e pernottamento dei genitori in caso di malattia genetica

Qualora ad un figlio di età inferiore ai 19 anni di un iscritto alla Cassa venga diagnosticata una malattia genetica che comporti la necessità di uno o più ricoveri presso strutture sanitarie che distano più di 50 km dalla propria abitazione, la Compagnia provvederà al rimborso delle spese di viaggio dei genitori dal luogo di abitazione al luogo in cui è ricoverato il figlio e successivo rientro fino ad un **massimo di € 5.000,00 per anno/nucleo.** Nell'ambito di questo massimale si intendono comprese anche le spese per il pernottamento presso la struttura ospedaliera oppure presso strutture alberghiere limitrofe. Il rimborso delle spese sostenute avverrà previa applicazione di uno scoperto del 20%.

La garanzia sarà operante per ricoveri avvenuti entro un anno dalla data della prima diagnosi della malattia genetica. Per il rimborso sarà necessario presentare copia della documentazione fiscale e copia della cartella clinica completa del ricovero del figlio.

7.25 Prevenzione (copertura operante per il solo dipendente)



**PRENOTA ON-LINE
O SU APP**

Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo

- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Pap test
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei cinquant'anni

- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sopraortici

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei quarantacinque anni

- Ecodoppler tronchi sopraortici
- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- Mammografia bilaterale

7.26 Diagnosi comparativa

Il piano sanitario dà la possibilità all'Iscritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-009696**, l'Iscritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute mette a disposizione dell'Iscritto i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute rilascerà all'Iscritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione medica richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.

2. **Trova Il Medico.** Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Iscritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Iscritto.
3. **Trova la Miglior Cura.** Se l'Iscritto intende avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Iscritto laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute, e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Iscritto di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della copertura, l'Iscritto dovrà contattare UniSalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare a UniSalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa.

Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

7.27 Pacchetto maternità

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni:

In gravidanza

- Ecografie di controllo, da fruirsì presso strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia;
- Amniocentesi, da fruirsì presso strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia;
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza, da fruirsì presso strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia;
- Visite specialistiche ginecologiche ed ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsì, a scelta dell'Iscritta, sia presso strutture sanitarie/medici convenzionati che non convenzionati da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia;
- In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento. La copertura potrà essere attivata solo utilizzando terapeuti convenzionati da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia.

La copertura è prestata fino a un massimo di € 550,00 per anno e per nucleo familiare.

7.28 Copertura per stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo dipendente)

7.28.1 Definizione della copertura

Il piano sanitario garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Isritto quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo".

La copertura si attiva solo nel caso di stato di non autosufficienza temporaneo.

7.28.2 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della presente copertura, l'Isritto non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità al momento dell'inserimento nella polizza o in data posteriore nel caso in cui l'Isritto venga incluso nella polizza successivamente.

1. Avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare.
2. Trovarsi nelle condizioni di poter usufruire di una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 40%.
3. Presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
4. Essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

7.28.3 Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l'iscritto che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti:

- **Spostarsi** (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- **Lavarsi** (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale);
- **Vestirsi** (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali);
- **Nutrirsi** (capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile).

Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute corrisponde l'importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

7.28.4 Somma garantita

L'importo mensile garantito nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo" corrisponde a **€ 500,00** per persona.

7.29 Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute



**PRENOTA ON-LINE
O SU APP**

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa l'invio alla struttura, prescelta tra quelle

facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

7.30 Servizi di consulenza e assistenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009696** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **051.6389046**.

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 di prestazioni sanitarie garantite nel piano sanitario solamente nelle strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia.

I seguenti servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477

c) Pareri medici immediati

Se per infortunio o malattia l'Iscritto necessita di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Invio di un medico

Se per infortunio o malattia, l'Iscritto, in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire, la Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Iscritto in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino sostenendo le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Se per infortunio o malattia, l'Iscritto necessita di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza sostenendo la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Se per infortunio o malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Iscritto e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Iscritto e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Iscritto al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto
- autoambulanza senza limiti di percorso

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa con spese a carico di UniSalute.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Iscritto.

All'estero

In collaborazione con PAS, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute vi offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

g) Viaggio di un familiare all'estero

Se per malattia o per infortunio, l'Iscritto necessita di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della Sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 150,00 per sinistro.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Se per infortunio o malattia l'Iscritto abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irripetibili sul posto (sempre che siano commercializzati in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarli con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente

te con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'Iscritto il costo di acquisto dei medicinali.

i) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Iscritto si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Iscritto in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Iscritto tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto
- autoambulanza senza limiti di percorso

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e / o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Iscritto di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Iscritto, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, se ne è in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

8. Copertura facoltativa 1

**DA ACQUISTARE OBBLIGATORIAMENTE
PER POTER ADERIRE ALLA COPERTURA FACOLTATIVA 2**

8.1 Indennità sostitutiva per ricoveri senza intervento chirurgico diversi da infarto del miocardio, ictus cerebrale e malattie oncologiche

Se l'Isritto non richiede alcun rimborso a Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero di cui al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura" punti "Pre-ricovero" e "Post ricovero" avrà diritto a un'indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ogni ricovero.

Le spese relative alle garanzie di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a **€ 2.000,00**.

Resta fermo il massimale annuo di € 350.000,00 per nucleo familiare di cui al punto "Il massimale dell'area ricovero" della Copertura Base.

8.2 Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche



**PRENOTA ON-LINE
O SU APP**

Il massimale annuo in copertura di € 5.000,00 per nucleo familiare di cui al paragrafo "Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche" della Copertura Base, si intende elevato ad **€ 10.000,00** per anno e nucleo familiare.

8.3 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici



**PRENOTA ON-LINE
O SU APP**

Il massimale annuo di € 1.000,00 per nucleo familiare di cui al paragrafo “Visite specialistiche e accertamenti diagnostici” della Copertura Base si intende elevato ad **€ 3.000,00** per anno e nucleo familiare.

8.4 Ticket per visite specialistiche e accertamenti diagnostici



**PRENOTA ON-LINE
O SU APP**

Il piano sanitario provvede al rimborso dei ticket sanitari per visite specialistiche e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

Le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 10,00** per ogni ticket.

Il massimale annuo è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

8.5 Lenti

Il piano sanitario rimborsa all'Iscritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto.

Le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di una franchigia di **€ 50,00** per fattura.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

Il massimale annuo è di € 200,00 per nucleo familiare.

8.6 Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

In deroga a quanto previsto al paragrafo “Casi di non operatività del piano” al punto 2, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- agenesia dentale

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- Radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- Radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Se l'Isritto si rivolge a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Se l'Isritto si avvale del **Servizio Sanitario Nazionale**, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

Il massimale annuo è di € 2.500,00 per Isritto.

8.7 Prevenzione odontoiatrica



**PRENOTA ON-LINE
O SU APP**

In deroga a quanto previsto al paragrafo “Casi di non operatività del piano” al punto 2, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono la prevenzione, 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.

Se, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Iscritto, il medico della struttura convenzionata riscontra, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

9. Copertura facoltativa 2

**PER POTER ADERIRE ALLA PRESENTE COPERTURA
È OBBLIGATORIO AVER ATTIVATO LA COPERTURA FACOLTATIVA 1**

9.1 Odontoiatria/ortodonzia

In deroga a quanto previsto al paragrafo “Casi di non operatività del piano” al punto 2, il piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto indicate.

Ai fini dell'operatività della copertura, nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate ed il relativo costo.

9.1.1 Accertamenti diagnostici odontoiatrici

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- ortopantomografia
- dentalscan
- telecranio

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

9.1.2 Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative. In aggiunta a quanto previsto al punto “Prevenzione odontoiatrica”, rientrano in copertura eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

9.1.3 Modalità di erogazione delle prestazioni e massimale

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, con l'applicazione di uno scoperto del **20%**. Tale scoperto dovrà essere versato dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Gli eventuali importi di spesa eccedenti i massimali annui in copertura dovranno essere versati dall'Iscritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Se l'Iscritto si rivolge a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato da UniSalute** per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **70%** con il minimo non indennizzabile di **€ 150,00** per fattura. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la scheda anamnestica odontoiatrica scaricabile dall'area riservata del sito www.cassasanitariabnl.it.

Se l'Iscritto si avvale del **Servizio Sanitario Nazionale**, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso da parte di Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute, è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la scheda anamnestica odontoiatrica scaricabile dall'area riservata del sito www.cassasanitariabnl.it.

Il massimale annuo è di € 1.800,00 per nucleo familiare. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia è previsto un sotto massimale annuo di € 1.500,00 per nucleo familiare. Per effetto dell'attivazione della presente garanzia, il massimale annuo complessivo (massimale copertura base + massimale copertura facoltativa 2) per nucleo diventa di € 2.600,00. Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato da UniSalute per Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia il sotto massimale annuo previsto diventa di € 2.150,00 per nucleo familiare.

10. Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario, come tutti i prodotti assicurativi, non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dalla polizza.

Non sono garantite dal piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi:

1. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto ai punti "Interventi stomatologici conseguenti ad infortunio", "Odontoiatria/ortodonzia" e "Prevenzione odontoiatrica".
3. 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) fatto salvo quanto previsto al punto "Interventi ricostruttivi del seno";
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
5. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. 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.
7. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
10. 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;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
12. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

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.

11. Alcuni chiarimenti importanti

11.1 Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Se ti trovi all'estero e hai bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina. Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

11.2 Limiti di età

COPERTURA BASE e COPERTURA FACOLTATIVA

La copertura può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 99° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare la copertura cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Se, invece, un componente del nucleo familiare raggiunge il 99° anno di età, la copertura cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

11.3 Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

11.4 Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite UniSalute provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Iscritto.

Su detto documento, gli importi residui a carico dell'Iscritto e gli eventuali documenti di spesa non liquidati, vengono indicati espressamente come spese detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

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.

12. FAQ servizi online e mobile

12.1 Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

È semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione **"Registrati"** e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri.

Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone **"Ti serve aiuto per accedere?"** sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

12.2 Come faccio ad accedere ai servizi della app **My Cassa BNL**?

Scarica gratuitamente la app My Cassa BNL da App Store o Play Store e accedi utilizzando le stesse credenziali della tua area riservata su www.unisalute.it.

12.3 Come faccio a prenotare online o via app le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

Attraverso il sito o la app, puoi prenotare presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario.

Accedi all'area clienti utilizza la **funzione "Fai una nuova prenotazione"** per:

- chiedere la prenotazione a UniSalute comunicando le tue disponibilità;
- prenotare in autonomia con la struttura sanitaria convenzionata e comunicare l'appuntamento a UniSalute;

Inoltre, nella sezione **“Appuntamenti”** puoi:

- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.

12.4 Come faccio a chiedere il rimborso dei ticket?

Nella tua area riservata utilizza la funzione **“Rimborso”**: compila i campi richiesti e invia i documenti medici e di spesa in formato digitale.

12.5 Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

All'interno della tua area riservata, utilizza la funzione **“Profilo”**. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.

12.6 Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Entra nell'area riservata e **accedi alla sezione “Estratto conto”**.

L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

12.7 Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate sul sito UniSalute?

All'interno della tua area riservata sul sito UniSalute seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

12.8 Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti del sito UniSalute hai a disposizione il servizio **"Il medico risponde"**, attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

13. Elenco grandi interventi chirurgici

Vengono equiparati ai Grandi Interventi Chirurgici anche tutti gli interventi chirurgici resi necessari da malattie cardiache e oncologiche (con l'esclusione dell'asportazione dei nei di natura benigna) anche non presenti nell'elenco sottostante.

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica

- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in copertura solo in caso di neonati coperti dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

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

La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

14. Glossario

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute, comprese le malformazioni o i difetti fisici, anche non dipendente da infortunio. La gravidanza è parificata alla malattia solo nel caso di erogazione di prestazioni pre e post ricovero.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui UniSalute, per conto di Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia, ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

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

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Grande Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici in regime di ricovero/day hospital/intervento chirurgico ambulatoriale, che sia contenuto nell'elenco denominato "Grandi Interventi Chirurgici", nonché tutti gli interventi chirurgici resi necessari da malattie cardiache e oncologiche (con l'esclusione dell'asportazione di nei di natura benigna).

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto o di pericolo per la salute fisica della madre.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

Sinistro

Il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario per le quali è prestata la copertura, che comportano un'attività gestionale per la Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite Unisalute.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite Unisalute in caso di ricovero e di day hospital chirurgico, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero e il day hospital stessi. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero e le spese per il trasporto sanitario e le spese di viaggio, se previste, per le quali si prevede comunque il rimborso nel piano sanitario.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici punti del piano sanitario che rappresenta la spesa massima che Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite Unisalute si impegna a prestare nei confronti dell'Iscritto per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Iscritto. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Iscritto l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Iscritto.

Stato di salute "consolidato"

Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Iscritto, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

Ricovero di lunga degenza

Ricoveri 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.

Lettera di Impegno

Documento con cui l'Iscritto si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy ad Unisalute.

Piano terapeutico

Documento sottoscritto dall'Iscritto contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato ad Unisalute per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte di Unisalute.

Presa in carico

Comunicazione di Unisalute al Centro convenzionato in ordine alle prestazioni che Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP-Paribas Italia tramite Unisalute si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Scheda anamnestica

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Iscritto, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Iscritto, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

CASSASANITARIA

del Personale delle Società dei Gruppi BNL
e BNP PARIBAS Italia

Via degli Aldobrandeschi 300 - 00163 Roma
cassasanitariabnl@bnlmail.com

Uffici di Roma

06 5792 4528

06 5792 4534

06 5792 4565

06 5792 4544

dal Lunedì al Venerdì

8.30/13.30 - 14.30/17.00

Uffici di Milano

02 8024 2127

02 8024 2128

02 8024 5601

il Martedì 14.00/17.00

il Mercoledì 08.30/13.30 - 14.30/17.00

il Giovedì 08.30/13.30