

Guida al Piano sanitario

Università degli
studi di Milano

Edizione settembre 2016

QUANDO
C'È **UNISALUTE**
C'È **TUTTO**

Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario

vai su:

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

Numero Verde

800-822446

dall'estero: prefisso per l'Italia

+ 051.63.89.046

orari:

8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

Scarica gratis l'app te da App Store e Play Store.

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 **ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti**.

Guida al Piano sanitario Università degli studi di Milano

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.



1. SOMMARIO	
2. BENVENUTO	5
3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	7
4. SERVIZI ONLINE E MOBILE	8
4.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	8
4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	9
4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	9
4.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	10
4.5. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	10
4.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.7. Come posso ottenere pareri medici?	11
4.8. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	12
5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	12
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	12
6.1. Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura	13
6.2. Prestazioni di alta specializzazione	13
6.3. Visite specialistiche	15
6.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi	16
6.5. Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche	17
6.6. Protesi ortopediche e acustiche	18
6.7. Lenti	18
6.8. Prestazioni diagnostiche particolari	18
6.9. Prestazioni odontoiatriche particolari	21
6.10. Stati di non autosufficienza temporanea	21
6.10.1. Definizione della copertura	21
6.10.2. Condizioni per l'operatività della copertura	22
6.10.3. Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo	22
6.10.4. Somma garantita	23
6.10.5. Consulenza organizzativa socio assistenziale	23
6.10.6. Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza	24
6.11. Servizi di consulenza	26
7. CONTRIBUTI ANNUI.....	27
8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	28
9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	29
9.1. Validità territoriale	29
9.2. Limiti di età	29
9.3. Gestione dei documenti di spesa	30
9.4. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	30
10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	31

MODULO DI ADESIONE, RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATI

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 online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un’**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

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 o telefonando alla Centrale Operativa. 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;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.



Prenotazione veloce

Prenota online o su App e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata da UniSalute**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. 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.

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato con UniSalute. Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- il **modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **prestazioni extraricovero**, copia della prescrizione contenente la patologia, presunta o accertata, da parte del medico curante ove richiesta;
- copia della **documentazione di spesa** (distinte e ricevute) in cui risulti il quietanzamento.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

UniSalute potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. E' facile e veloce!



Valutazione rimborso in 20 giorni

Chiedi online il rimborso ticket e indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi la valutazione della tua richiesta entro 20 giorni!**

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria.

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Sul sito **www.unisalute.it** all'interno dell'Area clienti puoi:

- **prenotare** presso le strutture convenzionate varie prestazioni previste dal tuo Piano sanitario non connesse ad un ricovero e **ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;**
- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie;**
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload);**
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario;**
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate;**
- ottenere **pareri medici.**

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

E' 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 "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.2. Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?

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

Accedi all'area clienti e accedi **alla funzione “Prenotazione”**.

In base alle tue esigenze puoi:

- Chiedere la prenotazione a UniSalute comunicando le tue disponibilità;
- prenotare in autonomia e comunicare l'appuntamento;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;
- disdire o cambiare una prenotazione.



Prenotazione veloce

Prenota online e usufruisci del servizio di **prenotazione veloce!**

4.3. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area “Aggiorna dati”**. 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.



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **rimborso**.

4.4. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione **"Rimborsi"** e seleziona la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!**

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO**.

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

Entra nell'Area clienti 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 e fare l'upload dei documenti, 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.

4.6. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi all'area "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.7. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "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.

4.8. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area clienti su www.unisalute.it e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

- test visivo;
- test audiometrico;
- qualità del sonno;
- prevenzione dentale: uno strumento "per grandi e piccoli" per una corretta igiene orale.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore del personale tecnico amministrativo (PTA tempo determinato, PTA tempo indeterminato, Collaboratori ed Esperti linguistici, Dirigenti) e personale docente (ricercatori; professori associati; professori ordinari) dell'Università degli Studi di Milano,

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo contributo, al nucleo familiare inteso come coniuge o convivente more uxorio e figli risultanti da stato di famiglia, questi ultimi anche non conviventi purché fiscalmente a carico.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura;
- prestazioni di alta specializzazione:
- visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi;
- prestazioni odontoiatriche e ortodontiche;
- protesi ortopediche e acustiche;
- lenti;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- stati di non autosufficienza temporanea;
- consulenza organizzativa socio assistenziale;
- servizi di consulenza.

6.1. Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura

L'iscritto, in caso di ricovero in istituto di cura, avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

La copertura viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

In caso di **grande intervento chirurgico**, intendendo per tali quelli elencati al successivo punto "Elenco grandi interventi chirurgici", l'indennità viene elevata a **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero, fermo il resto.

6.2. Prestazioni di alta specializzazione

– Angiografia	– colangiografia
– chemioterapia e terapie radianti	– percutanea (PTC)
	– colangiografia trans Kehr

– cobaltoterapia	– colecistografia
– diagnostica radiologica	– dacriocistografia
– dialisi	– defecografia
– doppler	– fistolografia
– ecografia	– flebografia
– ecocardiografia	– fluorangiografia
– elettrocardiografia	– galattografia
– elettroencefalografia	– isterosalpingografia
– endoscopia	– mielografia
– colonscopia	– retinografia
– laserterapia a scopo fisioterapico	– rx esofago con mezzo di contrasto
– radioterapia	– rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
– risonanza magnetica nucleare	– rx tenue e colon con mezzo di contrasto
– scintigrafia	– scialografia
– PET	– splenoportografia
– TAC	– urografia
– Telecuore	– vesciculodeferentografia
– artrografia	– videoangiografia
– broncografia	– wirsunggrafia
– cistografia	– elettroencefalogramma
– cistouretrografia	– elettromiografia
– clisma opaco	
– colangiopancreatografia	
– endoscopica retrograda (ERCP)	

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 30,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **90%** con il minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 700.000,00 per persona.</p>
--

6.3. Visite specialistiche

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute e prestazioni effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da UniSalute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 35,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni visita specialistica. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

<p>Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 700.000,00 per persona.</p>
--

6.4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi

Il Piano sanitario prevede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. È compresa l'agopuntura a fini antalgici.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto. L'Isritto dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del **75%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Isritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 250,00 per persona.

6.5. Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per:

- terapie conservative e ortodonzia;
- protesi dentarie;

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **30%**.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 200,00 per persona.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati, gli eventuali importi di spesa eccedenti il limite di spesa annuo dovranno essere versati dall'Isritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

6.6. Protesi ortopediche e acustiche

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per fattura/persona.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 700.000,00 per persona.

6.7. Lenti

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

Le spese sostenute verranno rimborsate senza l'applicazione di importi a carico dell'Isritto.

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

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 100,00 per persona.

6.8. Prestazioni diagnostiche particolari

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle prestazioni sotto

elencate **effettuate in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute 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. N.B: Con l'espressione "In un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale. E' anche possibile richiedere esclusivamente una o più prestazioni presenti nel pacchetto prevenzione. Le prestazioni presenti nel pacchetto che non venissero richieste contestualmente non potranno più essere erogate nello stesso anno associativo.

Prestazioni previste per gli uomini e 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)

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Pap test
- ECG da sforzo
- mammografia (per la presente prestazione è necessaria la prescrizione medica)

Prestazioni previste per le donne con età superiore ad anni 55, una volta ogni due anni

- Ecotomografia addome completo
- Ecodoppler venoso arti inferiori
- Ecocardiografia
- M.O.C. (per la presente prestazione è necessaria la prescrizione medica)

Prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta l'anno

- PSA (specifico antigene prostatico)
- visita urologica
- ECG da sforzo

Prestazioni previste per gli uomini con età superiore ad anni 55, una volta ogni due anni

- Ecotomografia addome completo
- Rx torace (per la presente prestazione è necessaria la prescrizione medica)
- Ecodoppler venoso arti inferiori
- Ecocardiografia

Con l'espressione "In un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale. E' anche possibile richiedere esclusivamente una o più prestazioni presenti nel pacchetto prevenzione. Le prestazioni presenti nel pacchetto che non venissero richieste contestualmente non potranno più essere erogate nello stesso anno associativo.

6.9. Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto al punto “Casi di non operatività del Piano” al punto 3, la Società provvede al pagamento del “pacchetto” di prestazioni odontoiatriche **particolari fruibile una volta l’anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Le prestazioni che costituiscono il “pacchetto”, sotto indicate, sono nate per monitorare l’eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- Ablazione del tartaro;
- Una visita specialistica odontoiatrica.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell’Iscritto, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell’arco dello stesso anno associativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

Restano invece a carico dell’Iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

6.10. Stati di non autosufficienza temporanea

6.10.1. Definizione della copertura

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita all'Iscritto 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.

6.10.2. Condizioni per l'operatività della copertura

Ai fini dell'operatività della presente copertura, l'iscritto **non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di non copertura al momento dell'inserimento nel Piano sanitario.**

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare;
- trovarsi nelle condizioni di poter usufruire una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 40%;
- presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale;
- 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).

6.10.3. 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;
- lavarsi;
- vestirsi;
- nutrirsi.

La Società corrisponde l'importo garantito quale somma garantita per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

L'Iscritto dovrà dimostrare lo stato di non autosufficienza mediante presentazione di apposita certificazione medica specialistica.

6.10.4. Somma garantita

La somma mensile garantita della copertura, nel caso in cui l'Iscritto si trovi nelle condizioni indicate al precedente punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo", corrisponde a **€ 2.000,00** per l'Iscritto.

6.10.5. Consulenza organizzativa socio assistenziale

La Società fornisce una Consulenza Specialistica Socio Assistenziale all'Iscritto che dovesse trovarsi, a causa di malattia o a seguito di infortunio, avvenuto successivamente all'effetto del Piano sanitario, in uno stato di non autosufficienza, intendendo per tale lo stato in cui sia necessario l'aiuto di un terzo per compiere due o più dei seguenti atti ordinari della vita quotidiana, quali, spostarsi, lavarsi, vestirsi e nutrirsi.

In questi casi la Società metterà a disposizione una centrale operativa, alla quale il socio o un suo familiare potrà rivolgersi per sottoporre il proprio caso.

La Società, dopo aver effettuato una specifica valutazione sulla singola posizione e considerate le specifiche necessità, attraverso un'adeguata intervista telefonica direttamente effettuata dal proprio Case Manager:

- proporrà un Servizio di indirizzamento, ai servizi sanitari /sociali più opportuni per il non autosufficiente;

- darà informazioni sui servizi sanitari /sociali forniti dalle strutture socio assistenziali del territorio fornendo indicazioni sugli uffici deputati a svolgere queste mansioni;
- fornirà all'Iscritto la “Guida Generale” contenente tutti i vari passaggi burocratici, amministrativi e normativi che regolamentano la posizione dei non autosufficienti e che devono essere attuati a tutela e presidio dell'Iscritto in questa condizione.

Qualora, in seguito al servizio di consulenza organizzativa socio assistenziale si rendessero necessarie una o più prestazioni, l'Iscritto potrà richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione delle stesse **(il cui costo resterà a carico dell'Iscritto)** e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione delle tariffe riservate a UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.10.6. Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza Temporanea l'Iscritto, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- 1) contattare la Società al numero che sarà fornito al fine di recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
- 2) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire alla Società e comprensivo della seguente documentazione:
 - il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
 - il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
 - certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Iscritto, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali

ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

La Società avrà facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza riconosciuto dovesse risultare consolidato, la copertura del Piano sanitario risulterà non operante.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Isritto o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri descritti in garanzia,

- se l’Iscritto è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.
- se l’Iscritto è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d’ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero.

Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell’Iscritto, dovrà essere inviata alla Società.

Quest’ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell’Iscritto sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell’Iscritto.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell’Iscritto da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in copertura all’effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell’Iscritto al riconoscimento di quanto pattuito nel Piano sanitario, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell’Iscritto.

6.11. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale

Operativa telefonando al numero verde **800-822446** 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 delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

c) Pareri medici

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

7. CONTRIBUTI ANNUI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- a) **personale con reddito da lavoro dipendente fino € 60.000,00 a carico dell'Università degli Studi di Milano.**

- b) **personale con reddito da lavoro dipendente da € 60.001,00 a 100.000,00** - ad adesione facoltativa **€ 127,875**
(€ 127,875 a carico dell'Università degli Studi di Milano)
- c) **personale con reddito da lavoro dipendente da € 100.001,00 –**
 ad adesione facoltativa **€ 255,75**
- d) **coniuge o convivente “more uxorio”** **€ 300,00**
- e) **ogni figlio** **€ 250,00**

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previsti dal Piano sanitario)
4. 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 Piano sanitario);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. 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.

8. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
10. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale

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

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

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

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Si precisa che per le spese in copertura con il presente Piano sanitario sostenute all'estero presso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute, l'Iscritto dovrà saldare direttamente le fatture e inviarle poi per il rimborso, che avverrà con i limiti previsti in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società. La documentazione da inviare è quella indicata alle singole coperture.

9.2. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del **75°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al

compimento del **76°** anno di età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **75°** anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

9.3. 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.

9.4. 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, 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.

10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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
- Vulvectomy 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 garanzia solo in caso di neonati iscritti dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite

- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

CHIRURGIA GENERALE

- Mastectomia unilaterale e/o bilaterale e ulteriori interventi ricostruttivi

