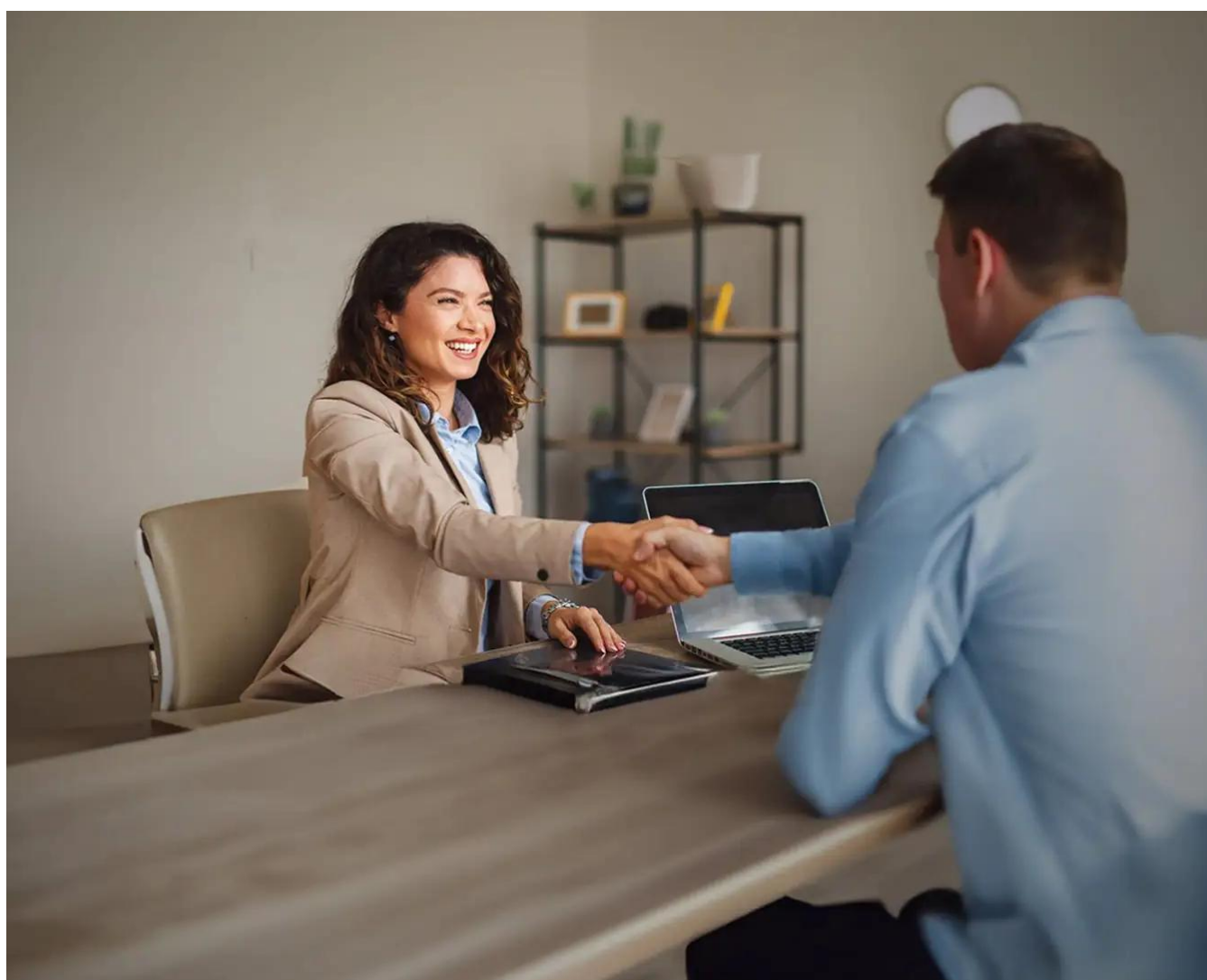


Gestione Professionisti

L'assistenza sanitaria integrativa PER TUTTI I PROFESSIONISTI



Le Prestazioni

Guida 2026

Garanzie, massimali, franchigie, procedure, esclusioni e limitazioni

La Guida è valida a tutti gli effetti come documento ufficiale relativo a garanzie, massimali, franchigie, procedure, esclusioni e limitazioni.

La Guida è dedicata ai datori di lavoro che applicano ai loro dipendenti il CCNL Studi Professionali ed a tutti i Professionisti a cui sono offerte le opportunità di copertura a tutela della salute e dello studio, consentendo l'attivazione di un sistema di welfare globale: le prestazioni e le specifiche per ogni copertura, le garanzie spettanti e tutti i servizi attivabili anche da parte dei giovani Professionisti o di coloro che non hanno ancora uno studio strutturato, potendo comunque usufruire delle agevolazioni derivanti dalla contrattazione collettiva.

Il CCNL Studi Professionali, con il rinnovo sottoscritto il 17 aprile 2015, ha introdotto una grandissima novità: per la prima volta i datori di lavoro liberi Professionisti che versano per i loro dipendenti i contributi previsti dall'art. 13 del CCNL (contributi alla bilateralità del settore) sono, loro stessi, beneficiari di prestazioni di assistenza.

Nel 2015 è stata, quindi, istituita nell'ambito di Ebipro, Ente Bilaterale Nazionale per gli Studi Professionali, Gestione Professionisti, una gestione autonoma e separata, interamente dedicata alla Assistenza per i Professionisti: attivazione delle coperture automatiche e volontarie, rinnovi, comunicazioni online e informazioni.

Sono previste coperture per i datori di lavoro attivate automaticamente dal 1° giorno del 4° mese successivo all'iscrizione, per chi è in regola con il versamento dei contributi ed in presenza di tutti i dati anagrafici necessari, che consentono un insieme di interventi in tema di prevenzione, malattia, infortunio e tutela dello studio. In base al numero dei dipendenti per ciascuno studio è previsto un definito numero di coperture automatiche dedicate al titolare e, in caso di studio associato/ società, ai soci/associati e collaboratori, con diverse formule e massimali. Per i datori di lavoro è possibile ottenere l'upgrade della copertura automatica, l'attivazione della copertura per altri soci/associati/collaboratori esterni a cui non spettino le coperture automatiche ed altre integrazioni previste.



Da novembre 2019 le coperture Gestione Professionisti sono attivabili da tutti i Professionisti anche non datori di lavoro. Confprofessioni ha infatti reso disponibile la piattaforma digitale BeProf, uno strumento innovativo che apre la possibilità a tutti i Professionisti di attivare e/o rinnovare le coperture previste, richiedere le prestazioni a rimborso oltre a una serie di altri utili servizi e opportunità di interazione a favore del mondo delle Professioni, senza distinzioni e limitazioni. Un importante risultato finalizzato non solo ad agevolare l'attivazione di un sistema di welfare di studio ma anche l'attività lavorativa e la vita dei Professionisti, semplificando l'organizzazione del lavoro, riducendo tempi e costi per servizi di tutela della salute, di sicurezza e crescita dello studio, favorendo la condivisione di servizi, di esperienze e specificità a vantaggio di tutti, in ogni momento della giornata, con un semplice click.

Le coperture volontarie sono attivabili online dalla piattaforma BeProf (app BeProf scaricabile da Google Play o Apple Store).

Sommario

Prestazioni in convenzione Unisalute

Come usufruire delle prestazioni	pag. 4
Check-up di prevenzione	pag. 5-6
Accertamenti post-prevenzione	pag. 7-8
Visite specialistiche	pag. 9
Accertamenti diagnostici e terapie	pag. 10
Diaria per inabilità temporanea a seguito di malattia o infortunio	pag. 11-12
Elenco grandi interventi chirurgici (rif. Inabilità Temporanea)	pag. 13
Pacchetto maternità	pag. 14-15
Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio	pag. 16
Monitor salute	pag. 17
Copertura infortuni	pag. 18
Tabella valutazione invalidità permanente	pag. 19-21
Servizi di assistenza	pag. 22-23
Casi di non operatività del Piano	pag. 24
Altre informazioni	pag. 25

Prestazioni a rimborso Gestione Professionisti

Diaria da ricovero	pag. 26
Diaria Day Hospital – Day Surgery	pag. 27
Rimborso spese per interventi chirurgici ambulatoriali	pag. 28
Rimborso spese per visita dermatologica con epiluminescenza	pag. 29
Rimborso spese per visita dermatologica per prevenzione	pag. 30
Rimborso spese per visita dermatologica per controllo o familiarità	pag. 31
Rimborso spese per trattamenti fisioterapici a seguito di malattia	pag. 31
Come fare domanda AMB, DIARIA, DH, DERMA, DCHECK o FISIO	pag. 32
Condizioni generali	pag. 33
Rimborso spese per consulenza psicologica	pag. 34
Rimborso spese per lenti da vista	pag. 35-37
Rimborso spese per visite e accertamenti malattie rare	pag. 38-39
Rimborso spese per apparecchi acustici	pag. 40-41
Rimborso spese per acquisto e somministrazione vaccini	pag. 42-43
Critical Illness	pag. 44-45

Rimborso Spese Odontoiatriche

Rimborso spese per implantologia	pag. 46-47
Rimborso spese per trattamento ortodontico	pag. 48
Rimborso spese per corone di qualunque materiale su denti e radici naturali	pag. 49
Rimborso spese per cure odontoiatriche conseguenti ad infortunio	pag. 49
Rimborso spese per detartrasi – garanzia sperimentale 2026	pag. 50
Rimborso spese per faccette dentali o veneers – garanzia sperimentale 2026	pag. 50
Come fare domanda IMPLANTOLOGIA, ORTODONZIA, CORONE, DETARTRASI, FACCETTE, INFORTUNIO	pag. 51
Servizio PRONTO FAS di televisita odontoiatrica	pag. 51
Servizio FAS A CASA di assistenza domiciliare d’urgenza	pag. 52

Cyber Risk

Convenzioni

Contatti

pag. 56-69

pag. 60-65

pag. 66

Prestazioni in Convenzione Unisalute

Base

Check-up annuale gratuito

Pacchetto di diagnostica ematochimica
n. 13 prestazioni
Prevenzione delle patologie cardiovascolari
(età minima 40 anni)
n. 2 prestazioni
Prevenzione delle patologie oncologiche
(età superiore a 50 anni)
Uomo n. 2 prestazioni
Donna n. 2 prestazioni

Visite specialistiche

massimale € 1.000, franchigia € 25

Accertamenti diagnostici e terapie

massimale € 5.000, franchigia € 30
n. 43 prestazioni

Diaria da inabilità temporanea

€ 50 al giorno fino a 13 giorni

Pacchetto maternità

massimale anno/evento € 1.000

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

massimale € 300, franchigia € 30

Monitor salute per malattie croniche

massimale € 300

Copertura infortuni

Massimale Base € 30.000

Massimale Base Plus € 35.000

Assistenza per lo studio in caso di emergenza

massimale per evento € 180

Servizi di consulenza medica ed assistenza telefonica

H24/7

Premium

Check-up annuale gratuito

Pacchetto di diagnostica ematochimica
n. 16 prestazioni
Prevenzione delle patologie cardiovascolari
(età minima 40 anni)
n. 3 prestazioni
Prevenzione delle patologie oncologiche
(età superiore a 50 anni)
Uomo n. 3 prestazioni
Donna n. 5 prestazioni

Accertamenti post – prevenzione

massimale € 500

Visite specialistiche

massimale € 1.000, franchigia € 25

Accertamenti diagnostici e terapie

massimale € 7.000, franchigia € 30
n. 56 prestazioni

Diaria da inabilità temporanea

€ 50 al giorno fino a 13 giorni

Pacchetto maternità

massimale anno/evento € 1.000

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

massimale € 500, franchigia € 30

Monitor salute per malattie croniche

massimale € 300

Copertura infortuni

Massimale Premium € 45.000

Massimale Premium Plus € 50.000

Assistenza per lo studio in caso di emergenza

massimale per evento € 180

Servizi di consulenza medica ed assistenza telefonica

H24/7

COME USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI

STRUTTURE CONVENZIONATE UNISALUTE

UniSalute ha convenzionato per Gestione Professionisti 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 sul sito Internet www.unisalute.it e da **app Unisalute Up** sempre aggiornato e facilmente consultabile. Utilizzando le strutture convenzionate, è possibile usufruire di tanti vantaggi:

- 1) non si deve sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto eventualmente previsto dalle singole garanzie) poiché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra Gestione Professionisti, UniSalute e la struttura convenzionata;
- 2) si riducono al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

AL MOMENTO DELLA PRESTAZIONE, CHE DEVE ESSERE PREVENTIVAMENTE AUTORIZZATA DA UNISALUTE, IL TITOLARE DELLA COPERTURA DEVE 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.

Il titolare della copertura dovrà sostenere spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle garanzie delle prestazioni in convenzione UniSalute.

ATTENZIONE: IN NESSUN CASO SONO PREVISTI RIMBORSI DI FATTURE PRESENTATE DAI PROFESSIONISTI A UNISALUTE, AD ECCEZIONE DI QUELLI RELATIVI AL PACCHETTO MATERNITÀ.

SERVIZI ON LINE E MOBILE

Sul sito www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti è possibile:

- 1) prenotare visite ed esami e ricevere velocemente la conferma dell'appuntamento;
- 2) verificare e aggiornare i propri dati e le coordinate bancarie;
- 3) visualizzare l'estratto conto;
- 4) consultare le prestazioni erogate da Unisalute;
- 5) consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate;
- 6) ottenere pareri medici. I servizi sono a disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

REGISTRAZIONE AL SITO UNISALUTE

Per registrarsi al sito Unisalute basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti, compilando la maschera con i dati richiesti.

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 indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Per recuperare Username e Password, in caso di necessità, basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Unisalute procederà a inviare all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

LA PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI PREVISTE DAL PIANO SANITARIO PUÒ ESSERE EFFETTUATA ATTRAVERSO IL SITO WWW.UNISALUTE.IT O MEDIANTE **APP UNISALUTE UP**.

Accedendo all'area clienti e alla funzione "Prenotazione", è possibile:

- 1) prenotare direttamente la prestazione compilando l'apposito form;
- 2) visualizzare tutti i dettagli relativi alla prenotazione;
- 3) gestire, disdire o cambiare una prenotazione.

COME USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI

AGGIORNAMENTO DEI DATI

Accedendo all'Area clienti alla sezione "Aggiorna dati", è possibile:

- 1) aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- 2) comunicare il numero di cellulare e l'indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla e-mail, utili messaggi, come ad esempio 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, ecc.

CONSULTAZIONE ESTRATTO CONTO

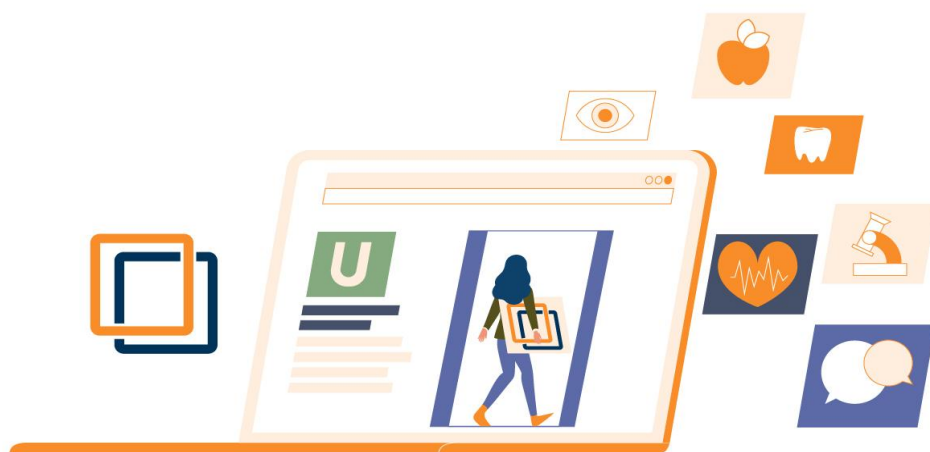
Accedendo all'Area clienti alla sezione "Estratto conto", è possibile consultare l'estratto conto online, un rapido e comodo strumento di informazione. L'aggiornamento dei dati è quotidiano. Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo preso in carico e quello di spettanza dell'assistito (minimo non indennizzabile). Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

RICERCA STRUTTURE CONVENZIONATE E CONSULTAZIONE PRESTAZIONI PREVISTE

Per trovare le strutture convenzionate si può verificare l'elenco aggiornato inserendo la provincia nella funzione a cui si accede dalla home page del sito www.unisalute.it e da **app Unisalute Up**. Per consultare le prestazioni previste dal piano sanitario, si deve eseguire il Login al sito www.unisalute.it o nell' **app Unisalute Up** cliccando su Entra/Login ed accedere all'area "Prestazioni e strutture convenzionate".

OTTENERE PARERI MEDICI

Nell'Area clienti è disponibile la funzione "il medico risponde", attraverso la quale si possono ottenere pareri medici online, direttamente sulla e-mail indicata al momento della registrazione. I medici risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti ed i temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.



CHECK-UP DI PREVENZIONE

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Gestione Professionisti, 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.

Il pacchetto di diagnostica ematochimica, per gli iscritti di **età almeno pari a 40** anni o superiore a 50 è effettuato contestualmente al pacchetto di prevenzione cardiovascolare o al pacchetto di prevenzione oncologica, che possono essere prenotati in momenti separati durante l'anno.

Gli iscritti di **età superiore a 50 anni**, qualora desiderino effettuare contestualmente i pacchetti di prevenzione sia cardiovascolare sia oncologica, in caso di prenotazione on line, devono effettuare comunque due diverse prenotazioni, una per ciascun pacchetto prevenzione ed il pacchetto di diagnostica ematochimica sarà unito al pacchetto di prevenzione prenotato per primo e sarà effettuato una sola volta nell'anno.

In caso di prenotazione telefonica, qualora si desideri effettuare contestualmente entrambi i pacchetti prevenzione cardiovascolare e oncologica la richiesta deve essere chiaramente specificata.



CHECK-UP DI PREVENZIONE

PIANO BASE

Pacchetti di prevenzione annuali gratuiti

PIANO PREMIUM

Pacchetti di prevenzione annuali gratuiti

**PACCHETTO DI DIAGNOSTICA
EMATOCHIMICA
(per tutti gli Iscritti)**

alanina aminotransferasi (alt) (s)
aspartato aminotransferasi (got) (s)
urea (s/p/u/du)
azotemia
bilirubina totale e frazionata
colesterolo totale e colesterolo Hdl
creatininemia/creatinemia
esame emocromocitometrico
glicemia
trigliceridi
urine:esame chimico, fisico e microscopico
velocità di sedimentazione delle emazie (ves)

**PACCHETTO DI DIAGNOSTICA
EMATOCHIMICA
(per tutti gli Iscritti)**

alanina aminotransferasi (alt) (s)
aspartato aminotransferasi (got) (s)
urea (s/p/u/du)
azotemia
bilirubina totale e frazionata
colesterolo totale e colesterolo Hdl
creatininemia/creatinemia
esame emocromocitometrico
glicemia
trigliceridi
urine:esame chimico, fisico e microscopico
velocità di sedimentazione delle emazie (ves)
FT3, FT4 e TSH

**PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE
CARDIOVASCOLARI
(età minima 40 anni)**

visita specialistica cardiologica
ecg di base

**PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE
CARDIOVASCOLARI
(età minima 40 anni)**

visita specialistica cardiologica
ecg di base
elettrocardiogramma sotto sforzo

**PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE
(età superiore a 50 anni)**

**Prevenzione delle patologie oncologiche
maschili**

visita specialistica urologica
dosaggio Psa

**Prevenzione delle patologie oncologiche
femminili**

visita ginecologica e pap test

**PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE
(età superiore a 50 anni)**

**Prevenzione delle patologie oncologiche
maschili**

visita specialistica urologica
dosaggio Psa

feci: ricerca sangue occulto

**Prevenzione delle patologie oncologiche
femminili**

visita ginecologica e pap test
mammografia

ecografia mammaria

feci: ricerca sangue occulto

ACCERTAMENTI POST - PREVENZIONE

PIANO PREMIUM

La disponibilità per anno solare è di € 500

Qualora, a seguito della fruizione del pacchetto prevenzione previsto dal Piano, dovesse emergere la necessità di un approfondimento diagnostico per una sospetta patologia oncologica o per una sospetta cardiopatia, Gestione Professionisti, attraverso Unisalute, provvederà al pagamento delle prestazioni qui di seguito elencate che saranno fruibili esclusivamente presso i Centri Convenzionati indicati dalla Centrale Operativa in fase di prenotazione.

Per l'attivazione della presente copertura è necessaria una prescrizione medica, emessa dal medico di base oppure dal medico specialista, contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto/a vengono liquidate direttamente da Gestione Professionisti, per il tramite di Unisalute, alle strutture stesse, previa autorizzazione di Unisalute da richiedere on-line o tramite Centrale Operativa.

a) In caso di sospetta patologia oncologica, a seguito della prestazione "Ricerca del sangue occulto nelle feci", l'Iscritto/a potrà sottoporsi a:

1. colonscopia diagnostica con o senza biopsia con istologico
2. rettoscopia diagnostica con o senza biopsia con istologico
3. ecografia addome completo
4. rx addome
5. tac addome
6. rx tenue e colon con mezzo di contrasto

b) In caso di sospetta patologia oncologica, a seguito della prestazione Mammografia, l'Iscritta potrà sottoporsi a:

1. ecografia mammaria
2. rmn seno
3. biopsia diagnostica della mammella con istologico

c) In caso di sospetta cardiopatia, a seguito delle prestazioni Visita Cardiologica e/o ecg di base e/o elettrocardiogramma sotto sforzo, l'Iscritto/a potrà sottoporsi a:

1. ecocardio con o senza doppler
2. rx torace
3. holter pressorio
4. holter cardiaco

d) In caso di sospetta patologia oncologica, a seguito delle prestazioni Visita Urologica + Psa, l'Iscritto potrà sottoporsi a:

1. ecografia transrettale
2. ecografia addome inferiore
3. cistoscopia diagnostica con o senza biopsia prostatica

e) In caso di sospetta patologia oncologica, a seguito delle prestazioni Visita Ginecologica e/o Pap Test, l'Iscritta potrà sottoporsi a:

1. conizzazione
2. colposcopia
3. esame HPV
4. ecografia transvaginale oppure ecografia pelvica
5. isteroscopia diagnostica

VISITE SPECIALISTICHE

PIANO BASE – PREMIUM

La disponibilità per anno solare è di € 1.000

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per Gestione Professionisti, previa autorizzazione di Unisalute da richiedere on-line o tramite Centrale Operativa.

Le spese per le prestazioni erogate all'Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, lasciando una **quota a carico dell'Iscritto di € 25** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versata dall'Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

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



ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPIE

PIANO BASE

*La disponibilità per anno solare è di
€ 5.000*

PIANO PREMIUM

*La disponibilità per anno solare è di
€ 7.000*

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La garanzia è attiva per le prestazioni rese dalle strutture convenzionate e previa autorizzazione di Unisalute da richiedere on-line o tramite Centrale Operativa. Le spese per le prestazioni erogate all'iscritto sono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture convenzionate per gli importi superiori a € 30 per ciascuna prestazione che rimangono a carico dell'iscritto.

Sono esclusi tutti gli accertamenti odontoiatrici precedenti o successivi e connessi a cure dentarie odontoiatriche e/o ortodontiche, anche finalizzate a riabilitazioni protesiche e cure delle parodontopatie.

Radiologia convenzionale (senza contrasto):

Mammografia (mono e/o bilaterale)
RX colonna vertebrale

Radiologia convenzionale (senza contrasto):

Mammografia (mono e/o bilaterale)
RX colonna vertebrale
Esami radiologici apparato osteoarticolare
RX di qualsiasi altro organo o apparato
Densitometria ossea (MOC) > 45 anni

Radiologia convenzionale (con contrasto):

Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o
sonoisterografia e/o sonosalpingografia
Clisma opaco e a doppio contrasto
Qualsiasi esame contrastografico di organo o apparato

Radiologia convenzionale (con contrasto):

Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o
sonoisterografia e/o sonosalpingografia
Clisma opaco e a doppio contrasto
Qualsiasi esame contrastografico di organo o apparato

Diagnostica per immagini:

Ecografie:

Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Diagnostica per immagini:

Ecografie:

Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore
Ecografia mammaria
Ecografia pelvica (anche con sonda transvaginale)
Ecografia prostatica (anche transrettale)
Ecografia tiroide incluso color doppler

Endoscopie:

Isteroscopia diagnostica

Ecocolordoppler:

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler venoso e/o arterioso arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici

Ecocolordoppler:

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler venoso e/o arterioso arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TERAPIE

PIANO BASE

*La disponibilità per anno solare è di
€ 5.000*

PIANO PREMIUM

*La disponibilità per anno solare è di
€ 7.000*

Alta diagnostica per immagini:

Angio TC
Angio TC distretti eso e endocranici
TC spirale multistrato alta definizione
TC con e senza mezzo di contrasto
Cine RM cuore
Angio RM
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) con o senza mezzo di contrasto
Tomografia ad Emissione di Positroni (P.E.T.) per organo-distretto-apparato
Scintigrafia qualunque organo apparato (compresa Miocardioscintigrafia)
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Alta diagnostica per immagini:

Angio TC
Angio TC distretti eso e endocranici
TC spirale multistrato alta definizione
TC con e senza mezzo di contrasto
Cine RM cuore
Angio RM
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) con o senza mezzo di contrasto
Tomografia ad Emissione di Positroni (P.E.T.) per organo-distretto-apparato
Scintigrafia qualunque organo apparato (compresa Miocardioscintigrafia)
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale e specialistica:

Campimetria
EEG con privazione sonno
Elettrocardiogramma
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma dinamico 24 ore
Elettromiografia
PHmetria esofagea e gastrica
Pozenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea
Esame urodinamico
Fluorangiografia oculare

Diagnostica strumentale e specialistica:

Campimetria
EEG con privazione sonno
Elettrocardiogramma
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma dinamico 24 ore
Elettromiografia
PHmetria esofagea e gastrica
Pozenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea
Esame urodinamico
Fluorangiografia oculare
ECG dinamico con dispositivi analogici (holter)
Ecografia endovascolare
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa

Biopsie:

Tutte
Biopsia del linfonodo sentinella e ricerca del linfonodo Sentinella

Biopsie:

Tutte
Biopsia del linfonodo sentinella e ricerca del linfonodo Sentinella

Terapie:

Chemioterapia
Dialisi
Radioterapia
Laserterapia a scopo fisioterapico

Terapie:

Chemioterapia
Dialisi
Radioterapia
Laserterapia a scopo fisioterapico

DIARIA PER INABILITA' TEMPORANEA A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

PIANO BASE – PREMIUM

La disponibilità per anno solare è di € 50 al giorno per un massimo di 13 giorni

La Società Assicuratrice corrisponde una **diaria giornaliera di € 50 per un massimo di 13 giorni all'anno per iscritto**, a partire dal 1° giorno di Inabilità Temporanea conseguente a malattia o ad infortunio manifestatasi e/o occorso dopo il 01/10/2016, a condizione che l'evento che ha causato l'inabilità Temporanea non rientri nei casi di inoperatività del piano (v. pag. 25).

Per inabilità temporanea si intende la **perdita temporanea, in misura totale, della capacità dell'iscritto ad attendere alle proprie occupazioni professionali**. L'indennizzo previsto per la presente garanzia **non potrà cumularsi** ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura.

1. La garanzia si intende operante **in caso di Malattia**, qualora:

1.a) l'iscritto sia stato sottoposto a terapie oncologiche, effettuate anche in regime ambulatoriale;

1.b) all'iscritto sia stata diagnosticata una della seguenti patologie:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi (di qualsiasi entità);
- Fibrosi cistica;
- Ischemia delle arterie vertebrali;

1.c) l'iscritto sia stato ricoverato a seguito di un Grande Intervento Chirurgico, descritto nell'elenco riportato a pag. 14-15;

1.d) per Ricovero della durata superiore alle 10 notti, non reso necessario dalle patologie di cui al punto 1.b) o da un grande intervento chirurgico di cui al punto 1.c).

2. La garanzia si intende operante **in caso di Infortunio**, qualora:

2.a) l'infortunio abbia reso necessario il ricovero dell'iscritto;

2.b) in assenza di ricovero dell'iscritto, la prognosi di guarigione indicata nel certificato di Pronto Soccorso e/o da Cartella Clinica in caso di Day Hospital Chirurgico, risulti superiore a 15 giorni e a condizione che sia certificato da Pronto Soccorso o in cartella cliniche l'inabilità dell'iscritto a svolgere propria attività professionale.

2.c) in assenza di Ricovero, all'iscritto siano stati applicati apparecchi gessati e/o di tutori immobilizzanti, a condizione che la rimozione degli stessi non sia effettuabile a cura dell'iscritto.

Per ottenere l'indennizzo, l'iscritto dovrà trasmettere alla Società Assicuratrice:

- il certificato di Pronto Soccorso, indicante l'applicazione degli apparecchi gessati o dei tutori immobilizzanti, sia il certificato di rimozione effettuata in Pronto Soccorso e/o presso un Presidio Ospedaliero e/o da parte di medico specialista;
- dichiarazione del Pronto Soccorso attestante l'inabilità dell'iscritto a svolgere la propria attività professionale.

DENUNCIA DEL SINISTRO

Per la richiesta dell'indennizzo, l'iscritto dovrà inoltrare alla Società:

- **in caso di ricovero:** copia conforme all'originale della cartella clinica, completa di SDO (Scheda Dimissione Ospedaliera)
- **nel caso delle patologie descritte al punto 1.b):** relazione medica completa e/o copia conforme all'originale dell'eventuale cartella clinica, completa di SDO;
- **in caso di infortunio che non abbia richiesto il ricovero dell'iscritto:** certificato di Pronto Soccorso, con allegati gli accertamenti clinici e radiologici e i relativi referti effettuati in sede di Pronto Soccorso;
- **certificazione medica** emessa da Pronto Soccorso oppure da Medico Specialista Ospedaliero oppure da Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale, dalla quale si evinca con certezza:
 - a) che l'Inabilità temporanea dell'iscritto sia tale da impedire lo svolgimento della propria attività professionale;
 - b) il periodo di assenza dall'attività professionale, resa obbligata dall'evento.

LA DOMANDA E LA TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INDICATA DEVONO ESSERE EFFETTUATE UTILIZZANDO IL **MODULO RICHIESTA DIARIA PER INABILITA' TEMPORANEA** DA INVIARE:

- MEDIANTE P.E.C. all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it;
- MEDIANTE RACCOMANDATA A/R a: **UNISALUTE S.P.A. – UFFICIO RIMBORSI - VIA LARGA, 8 - 40138 BOLOGNA (BO)**

(Attenzione: sono acquisiti e valutati solo i documenti inviati mediante servizio Postale e non Corriere).

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (rif. Inabilità Temporanea)

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 di chirurgia oftalmica non ambulatoriale (esclusa correzione visus e cataratta)
- 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 echinococcosi 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

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (rif. Inabilità Temporanea)

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 echinococcosi 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
- Cistoprostatovescicolectomia
- 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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

INTERVENTI DI ASPORTAZIONE TUMORE MALIGNO

- Tutti

PACCHETTO MATERNITA'

PIANO BASE – PREMIUM

La disponibilità per anno solare e per evento è di € 1.000

Sono beneficiarie di questa garanzia le Professioniste Iscritte, titolari di copertura. La garanzia prevede la copertura delle spese mediche sostenute in gravidanza sia in forma diretta che rimborsuale.

In particolare:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n. 6 per gravidanza a rischio);
- le ecografie;
- le analisi chimico cliniche;
- amniocentesi e villocentesi: per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età < 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione familiare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.

E' compreso, inoltre, il TEST DNA fetale in forma rimborsuale.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società Assicuratrice, le spese per le prestazioni erogate all'iscritta vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

In questo caso le prestazioni devono essere prenotate tramite Unisalute presso le strutture convenzionate (accedendo all'area riservata Unisalute o contattando il numero verde Unisalute 800 009 643).

Nel caso in cui l'iscritta si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società Assicuratrice, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'iscritta si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società Assicuratrice rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'iscritta.

La documentazione per il rimborso deve essere trasmessa ad Unisalute mediante:

1. Accesso all'area riservata del sito www.unisalute.it
2. Utilizzando il **MODULO RICHIESTA PACCHETTO MATERNITA'**, da inviare con Raccomandata A/R a:

UNISALUTE S.P.A. – UFFICIO RIMBORSI – Via Larga 8, 40138 Bologna

Attenzione: sono acquisiti e valutati solo i documenti inviati mediante servizio Postale e non Corriere.



TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

PIANO BASE

*La disponibilità per anno solare è di
€ 300*

PIANO PREMIUM

*La disponibilità per anno solare è di
€ 500*

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio in presenza di un **certificato di Pronto Soccorso**, sempreché siano prescritti 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 le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l’Iscritto si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per Gestione Professionisti, previa autorizzazione di Unisalute da richiedere on-line o tramite Centrale Operativa.

Le spese per le prestazioni erogate all’Iscritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, lasciando una **quota a carico dell’Iscritto di € 30** per ogni prestazione/ ciclo di terapia, che dovrà essere versata dall’Iscritto alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

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



MONITOR SALUTE

PIANO BASE – PREMIUM

La disponibilità per anno solare è di € 300

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un **servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche** quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) **rivolto agli iscritti con età maggiore o uguale a 50 anni.**

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

Per attivare il Servizio, l'iscritto dovrà:

- effettuare il login alla propria area riservata sul sito www.unisalute.it;
- accedere alla sezione dedicata a Monitor Salute;
- compilare il questionario, i cui dati saranno valutati dai medici Unisalute che in base alla situazione clinica invieranno gratuitamente a casa il kit con i dispositivi per il monitoraggio dei parametri.

L'iscritto avrà inoltre a disposizione un **massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la condizione di cronicità**, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come di seguito indicato.

Per gli iscritti che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli iscritti, con le modalità sotto indicate.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'iscritto fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Relativamente al Servizio Monitor Salute:

- per risolvere problemi di carattere tecnico, l'iscritto potrà contattare il numero verde dedicato **800169009**;
- per richiedere, invece, informazioni sul servizio, l'iscritto potrà contattare il numero verde dedicato **800244262**.

COPERTURA INFORTUNI

PIANO BASE

massimale € 30.000 per evento e anno solare

PIANO PREMIUM

massimale € 45.000 per evento e anno solare

PIANO BASE PLUS

massimale € 35.000 per evento e anno solare

PIANO PREMIUM PLUS

massimale € 50.000 per evento e anno solare

La Compagnia si obbliga, nei limiti previsti nella presente Sezione, ad indennizzare i danni subiti dall'Isritto in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni inerenti agli eventi garantiti.

La copertura si intende operante per gli infortuni non esclusi ai sensi del successivo capitolo "Casi di non operatività del Piano" previsto nelle "Condizioni generali", occorsi durante l'operatività del presente Piano, che l'Isritto subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

La copertura infortunio è operante nei seguenti casi:

A) Invalidità permanente a seguito di infortunio

La copertura riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una invalidità permanente. La copertura è prestata anche se l'insorgere dell'invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza del Piano sanitario, ma, comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio verificatosi durante l'operatività del Piano stesso.

B) Morte a seguito di infortunio

La copertura riguarda l'infortunio che ha come conseguenza la morte.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

La copertura è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza del Piano sanitario, ma, comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio verificatosi durante l'operatività del Piano sanitario.

INTEGRAZIONE VOLONTARIA COPERTURA INFORTUNIO

E' possibile richiedere una integrazione di €250.000 o €500.000 al massimale della copertura infortunio.

Termini e condizioni per l'attivazione su www.gestioneprofessionisti.it

PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Sono ammessi al beneficio della copertura tutti gli Isritti indipendentemente dalle loro eventuali condizioni di salute, restando comunque espressamente confermato quanto previsto al successivo punto "Condizioni patologiche preesistenti-criteri di indennizzabilità".

La contraente è pertanto esonerata dell'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli Isritti fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Isritto o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto a UniSalute entro **30 giorni** dal sinistro o dal momento in cui l'Isritto o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Successivamente, l'Isritto deve documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici da inviare a UniSalute. L'Isritto o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, deve consentire le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari da UniSalute. L'Isritto è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti da UniSalute e a fornire tutta la documentazione sanitaria, che solo su espressa richiesta sarà in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

COPERTURA INFORTUNI

CONDIZIONI PATOLOGICHE PREESISTENTI - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

L'indennizzo viene corrisposto per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infornio, che siano indipendenti da minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui al successivo punto "Determinazione dell'invalidità permanente" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Qualora l'infornio colpisca un soggetto già affetto da altre invalidità è ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti e/o concorrenti. Nel caso in cui l'infornio colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata indennizzata per un precedente infornio, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

EVENTI GARANTITI

La presente copertura riguarda i danni subiti dall'iscritto in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infornio sia professionali sia extra-professionali occorsi durante l'operatività del Piano sanitario.

INDENNITÀ PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

L'indennizzo per la copertura Invalidità permanente verrà liquidato applicando una franchigia del 15% sul grado di invalidità accertata. Qualora quest'ultima sia di grado superiore al 50% l'indennizzo relativo viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia. Nel caso di invalidità permanente superiore al 66% verrà corrisposta l'intera somma garantita. L'indennità viene corrisposta per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infornio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. Pertanto l'influenza che l'infornio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infornio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infornio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità si farà riferimento alla tabella prevista al successivo punto "Determinazione dell'invalidità permanente".

La denuncia dell'infornio deve essere inviata a UniSalute entro 30 giorni dall'infornio stesso. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali del Piano sanitario.

DETERMINAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

La presente copertura riguarda l'infornio che ha come conseguenza una invalidità permanente. Se l'infornio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infornio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza del Piano sanitario, viene liquidato un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma garantita per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri qui di seguito elencati.

L'invalidità permanente viene accertata non prima di 12 mesi dalla data di denuncia a UniSalute, e comunque in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa.

TABELLA VALUTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE (V. PAG. 22-23)

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui a pag. 22-23, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'iscritto. Nel caso l'infornio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Per i casi non esplicitati nella tabella sopra citata, i parametri di riferimento saranno quelli contenuti nella tabella ANIA.

COPERTURA INFORTUNI

INDENNIZZO PER MORTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di morte dell'Isritto a seguito di infortunio occorso durante l'operatività del Piano sanitario e non escluso ai sensi del successivo capitolo "Casi di non operatività del Piano" previsto nelle "Condizioni generali", verrà corrisposto un indennizzo come indicato a pag. 19.

Se l'infortunio che ha per conseguenza la morte dell'Isritto si verificasse entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, verrà liquidato ai beneficiari designati la somma garantita per il caso di morte. In difetto di designazione, verrà liquidata tale somma, in parti uguali, agli eredi. L'indennizzo per il caso di morte a seguito di infortunio non è cumulabile con l'indennizzo previsto per l'invalidità permanente a seguito di infortunio.

La denuncia dell'evento deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico che attesti il nesso di causalità fra il sinistro ed il decesso e da un certificato di ricognizione del defunto o esame autoptico.

LIQUIDAZIONE AI BENEFICIARI PER LA MORTE DELL'ISCRITTO

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione di cui al punto B – pag. 19 verrà corrisposta la somma garantita ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Isritto in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ed in conseguenza dell'infortunio subito l'Isritto muore, verrà corrisposta ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente. L'indennizzo previsto per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. La copertura è prestata anche nel caso in cui la morte si verifichi successivamente alla scadenza del Piano sanitario, ma comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio occorso durante l'operatività del Piano sanitario. La copertura non è operante nel caso di morte presunta, ovvero qualora l'Isritto risulti scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile dal Piano sanitario e l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, verrà corrisposta ai beneficiari la somma garantita per il caso di morte.

SINISTRI CAGIONATI CON DOLO O CON COLPA GRAVE DELL'ISCRITTO

La Compagnia non è obbligata per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'Isritto o del Beneficiario. È obbligata altresì per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'Isritto o del Beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni alla Compagnia.

LIMITI DI RISARCIMENTO

Resta convenuto che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Isritti, l'esborso a carico di UniSalute non potrà superare la somma complessiva di € 2.000.000,00. Il presente limite s'intende unico.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, UniSalute procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma garantita per ogni persona.

TABELLA VALUTAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE (rif. COPERTURA INFORTUNI)

PERDITA ANATOMICA E FUNZIONALE DI	
un arto superiore	70 %
una mano o un avambraccio	60 %
un pollice	18 %
un indice	14 %
un medio	8 %
un anulare	8 %
un mignolo	12 %
una falange ungueale del pollice	9 %
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito
un arto inferiore al di sopra della metà della coscia	70 %
un arto inferiore al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60 %
un arto inferiore al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
un piede	40 %
ambedue i piedi	100 %
Un alluce	5 %
Un altro dito del piede	1 %
La falange ungueale dell'alluce	2,5 %
un occhio	25 %
ambedue gli occhi	60 %

PERDITA ANATOMICA	
di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria	15 %
della milza senza compromissione significativa della crisi ematica	8 %

STENOSI NASALE ASSOLUTA	
monolaterale	4 %
bilaterale	10 %

SORDITÀ COMPLETA DI	
un orecchio	10 %
ambedue gli orecchi	40 %
Perdita della voce	30 %

TABELLA VALUTAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE (rif. COPERTURA INFORTUNI)

ANCHILOSI	
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25 %
del gomito in angolazione compresa tra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20 %
del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10 %
dell'anca in posizione favorevole	35 %
del ginocchio in estensione	25 %
della tibio-tarsica ad angolo retto	10 %
della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15 %
blocco della prono-supinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano	7 %
PARALISI COMPLETA DEL NERVO	
radiale	35 %
ulnare	20 %
sciatico popliteo esterno	15 %
esiti di frattura scomposta di una costa	1 %
ESITI DI FRATTURA AMIELICA SOMATICA CON DEFORMAZIONE A CUNEO	
di una vertebra cervicale	12 %
di una vertebra dorsale	5 %
della dodicesima dorsale	10 %
di una vertebra dorsale	10 %
postumi di un trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione del movimento del capo e del collo	2 %
ESITI DI FRATTURA	
del menisco laterale brachiale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile	3 %
del menisco mediale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile	2 %
di un metamero sacrale	3 %
di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente	5 %
lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio	9 %

SERVIZI DI ASSISTENZA

PIANO BASE – PREMIUM

SERVIZI DI ASSISTENZA ALLO STUDIO PROFESSIONALE O ALL'UFFICIO

a) Invio di un tecnico in caso di emergenza

Qualora presso lo studio professionale o l'ufficio dell'Isritto a causa di scasso di infissi a seguito di furto o di tentato furto, che ne comprometta la funzionalità in modo tale da non garantire la sicurezza dei locali dello studio professionale o dell'ufficio sia necessario un fabbro, un falegname, un elettricista o un idraulico per un intervento di emergenza, la Centrale Operativa provvederà all'invio di tecnici, tenendo la Compagnia a proprio carico l'uscita e la manodopera fino ad un massimo di 5 ore e comunque fino alla concorrenza massima di

€ 180 per sinistro.

Restano in ogni modo a carico dell'Isritto i costi relativi al materiale necessario per la riparazione.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire l'artigiano richiesto, la Compagnia provvederà a rimborsare all'Isritto le spese sostenute, per l'uscita dell'artigiano e per le prime 5 (cinque) ore di manodopera, fino al massimo di **€ 180** dietro presentazione di regolare fattura.

b) Invio di un vetraio

Qualora l'Isritto, in seguito a furto o tentato furto presso il proprio studio professionale o ufficio con danneggiamento dei mezzi di chiusura, necessiti del pronto intervento di un vetraio, Unisalute provvederà ad inviarlo tenendo a proprio carico l'uscita, la mano d'opera ed i costi relativi al materiale necessario per la riparazione sino ad un massimo di **€ 180** per sinistro.

c) Assistenza di un fabbro in caso di scippo

Qualora, in caso di scippo subito dall'Isritto regolarmente denunciato alle autorità competenti, si renda necessaria la sostituzione della serratura dello studio professionale o dell'ufficio a causa della sottrazione delle chiavi, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un fabbro per risolvere il problema.

Restano a carico di Unisalute l'uscita del fabbro e le prime 5 ore di manodopera sino ad un massimo di **€ 180** per sinistro.

SERVIZI DI ASSISTENZA ALLA PERSONA

d) Invio di un medico

Qualora l'Isritto, in seguito a scippo, rapina, furto o tentato furto presso il proprio studio professionale o il proprio ufficio, o di scippo entro le 24 ore dall'evento, necessiti di un medico, la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

Inoltre, nel caso in cui in conseguenza di infortunio o malattia, l'Isritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In casi di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Isritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

SERVIZI DI CONSULENZA ALLA PERSONA

e) Psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia

Qualora l'Isritto, durante un furto, una rapina o una truffa subiti nello studio professionale o nell'ufficio in cui risiede o lavora, o uno scippo, abbia dovuto fronteggiare il malvivente, Unisalute – su richiesta dell'Isritto – proporrà l'invio a domicilio, entro 24 ore, di uno psicologo specializzato nella gestione delle emergenze, che deciderà se ricorrono le condizioni per l'attuazione di un trattamento psicoterapico finalizzato alla cura del trauma psichico subito.

Unisalute, qualora ne ricorrano le condizioni, provvederà a segnalare all'Isritto il professionista con essa convenzionato presso il cui studio sarà reso possibile, entro 72 ore dal ricevimento della richiesta, l'avvio del trattamento prescritto.

Unisalute terrà a proprio carico le spese relative ai servizi resi dai professionisti. La copertura di cui sopra è valida nel caso di eventi che vedano coinvolte contemporaneamente meno di tre persone iscritte che la attivino.

CASI DI NON OPERATIVITA' DEL PIANO

PIANO BASE – PREMIUM

Il Pacchetto Unisalute non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista; non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte.

Il Pacchetto Unisalute non è operante per:

- Le prestazioni mediche rese necessarie da difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- le prestazioni mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Isritto con dolo o colpa grave;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- le prestazioni non espressamente previste dal Piano sanitario.

Limitatamente alle coperture infortunio e in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Pacchetto Unisalute non è operante per le conseguenze di:

1. malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
2. alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed intossicazioni da esse derivanti, salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico;
3. guerra civile o straniera, tumulti, rissa, atti di terrorismo nei quali l'Isritto abbia avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
4. infarti;
5. partecipazione attiva dell'Isritto ad atti criminali;
6. le conseguenze dirette ed indirette derivanti dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività;
7. le conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici.

Sono inoltre esclusi gli infortuni:

1. causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Isritto, dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere;
2. causati da stato di ebbrezza alcolica dell'Isritto alla guida di veicoli in genere;
3. occorsi all'Isritto alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se lo stesso è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
4. occorsi all'Isritto alla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio;
5. causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare;
6. derivanti dalla pratica di attività sportive agonistiche, comprese le relative prove ed allenamenti;
7. causati da atti di terrorismo, sabotaggio e sequestro di persona, verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

ALTRE INFORMAZIONI

PIANO BASE – PREMIUM

ESTENSIONE TERRITORIALE

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

LIMITI DI ETÀ

Il Pacchetto Unisalute è valido fino al raggiungimento del 99° anno di età dell'Iscritto, cessando alla prima scadenza annuale del Piano stesso successiva al compimento di tale età da parte dell'Iscritto.

GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA (FATTURE E RICEVUTE)

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

DECADENZA E PRESCRIZIONE DEL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Per il professionista in copertura, il diritto alle prestazioni si estingue:

- a) per cessazione della qualifica di socio/associato/collaboratore esterno e/o per cessazione di tutti i rapporti di lavoro, con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo alla comunicazione di variazione;
- b) per sospensione dello studio derivante da anomalie sui versamenti mensili previsti dal CCNL Studi Professionali;
- c) per decesso del professionista. In tal caso il diritto al rimborso delle prestazioni è trasmesso agli eredi del professionista deceduto o a eventuali diversi beneficiari designati;
- d) In caso di mancato rinnovo qualora la copertura sia stata attivata volontariamente.

I dati relativi al decesso devono essere comunicati a Gestione Professionisti entro 15 giorni dall'evento, al fine di evitare il mantenimento di coperture non più dovute.

Gestione Professionisti può essere informata in merito ad eventuali decessi anche dalla Compagnia assicurativa qualora quest'ultima ottenga direttamente l'informazione da eredi/ beneficiari di Professionisti deceduti nell'ambito delle richieste di prestazioni o da procedure di verifica massiva mediante sistemi istituzionali.

Il termine di prescrizione per la richiesta di prestazioni è di due anni decorrenti dalla data del verificarsi dell'evento che determina il diritto alla prestazione.



PRIVACY

I dati che ciascun iscritto fornisce a seguito dell'iscrizione o per le richieste di prestazioni, sia in forma diretta che in forma indiretta, sono trattati da Cadiprof, Ebipro e Gestione Professionisti rispettando le disposizioni previste dal Regolamento UE n° 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni. Al momento del conferimento dati, viene data adeguata informativa e, se necessario, viene fatto sottoscrivere il consenso al trattamento dei dati, da parte dell'interessato. I dati forniti da ciascun interessato, sia esso professionista o dipendente, sono utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali di welfare previste dal CCNL Studi Professionali. Nell'ambito del trattamento sono garantite la riservatezza e la tutela dei diritti di ciascun interessato. Più ampia documentazione in merito, può essere reperita visitando il sito www.gestioneprofessionisti.it

Prestazioni a rimborso Dirette Gestione Professionisti

Base	Premium
<p>Diaria da Ricovero € 50 al giorno fino a 90 giorni (età massima 80 anni)</p>	<p>Diaria da Ricovero € 50 al giorno fino a 90 giorni (età massima 80 anni)</p>
<p>Diaria Day Hospital € 50 fino a n. 7 eventi annui (età massima 80 anni)</p>	<p>Diaria Day Hospital € 50 fino a n. 7 eventi annui (età massima 80 anni)</p>
<p>Rimborso spese per interventi chirurgici ambulatoriali Massimale € 2.000, con scoperto 25% minimo non rimborsabile € 150 (età massima 80 anni)</p>	<p>Rimborso spese per interventi chirurgici ambulatoriali Massimale € 2.000, con scoperto 25% minimo non rimborsabile € 150 (età massima 80 anni)</p>
<p>Rimborso spese per visita dermatologica</p> <ul style="list-style-type: none"> • con epiluminescenza, massimale € 80 • per prevenzione, massimale € 60 • per familiarità/controllo, massimale € 60 <p>(età massima 80 anni)</p>	<p>Rimborso spese per visita dermatologica</p> <ul style="list-style-type: none"> • con epiluminescenza, massimale € 80 • per prevenzione, massimale € 60 • per familiarità/controllo, massimale € 60 <p>(età massima 80 anni)</p>
<p>Rimborso spese per trattamenti fisioterapici a seguito di malattia Massimale € 300 e fino a 6 sedute (età massima 80 anni)</p>	<p>Rimborso spese per trattamenti fisioterapici a seguito di malattia Massimale € 300 e fino a 6 sedute (età massima 80 anni)</p>
<p>Rimborso spese per consulenza psicologica Massimo rimborsabile 50 % e fino a € 350</p>	<p>Rimborso spese per consulenza psicologica Massimo rimborsabile 50 % e fino a € 350</p>
<p>Rimborso spese per acquisto lenti da vista Massimo rimborsabile 20% e fino a € 50</p>	<p>Rimborso spese per acquisto lenti da vista Massimo rimborsabile 20% e fino a € 80</p>
<p>Rimborso spese per visite e accertamenti malattie rare Massimale fino a € 250</p>	<p>Rimborso spese per visite e accertamenti malattie rare Massimale fino a € 250</p>
<p>Rimborso spese per acquisto e somministrazione vaccini Antinfluenzale (100%) Anti-pneumococco (50%)</p>	<p>Rimborso spese per acquisto e somministrazione vaccini Antinfluenzale (100%) Anti-pneumococco (50%)</p>
	<p>Rimborso spese per apparecchi acustici Massimo rimborsabile 20% e fino a € 300</p>
	<p>Critical Illness Indennità una tantum di € 15.000,00 a seguito di diagnosi di specifiche malattie gravi (età massima 75 anni)</p>

Tutte le garanzie e tutti i massimali sono riferiti all'anno solare e possono cambiare per anno di riferimento.

DIARIA DA RICOVERO

PIANO BASE – PREMIUM

*La disponibilità per anno solare è di € 50 per ciascun giorno di ricovero, fino a 90 giorni.
Età anagrafica massima anni 80.*

CHI PUO' FARE DOMANDA

L'indennizzo previsto è erogato direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti titolari di copertura automatica o volontaria già attiva al momento dell'evento e la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 80 (ottanta)**. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Ai fini della liquidazione della diaria indicata, la domanda deve essere corredata della **Scheda di Dimissioni Ospedaliera (SDO)**, completa di tutte le pagine, da cui risulti la data di ricovero, la conseguente data di dimissione e la motivazione del ricovero.

In caso di più ricoveri continuativi presso Strutture differenti (per trasferimento da una struttura all'altra) presentare un'unica domanda. In caso di ricoveri non continuativi (anche se nella stessa struttura), la franchigia è applicata a ciascun periodo di ricovero.

La diaria non è liquidabile per ricoveri iniziati prima del 1° gennaio 2024 e comunque precedentemente alla decorrenza della copertura.

L'indennizzo previsto per la presente garanzia **non potrà cumularsi** ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura.

DIARIA DAY HOSPITAL – DAY SURGERY

PIANO BASE – PREMIUM

*La disponibilità per anno solare è di € 50 per ciascun giorno di DH, fino a 7 eventi annui.
Età anagrafica massima anni 80.*

CHI PUO' FARE DOMANDA

L'indennizzo previsto è erogato direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti titolari di copertura automatica o volontaria già attiva al momento dell'evento e la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 80 (ottanta)**. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Ai fini della liquidazione della diaria indicata, la domanda deve essere corredata della **Scheda di Dimissioni Ospedaliera (SDO)** da cui risulti la data di ricovero, la data di dimissioni, la motivazione del ricovero ed il regime in cui è avvenuto il ricovero (DAY HOSPITAL/DAY SURGERY).

L'indennizzo previsto per la presente garanzia **non potrà cumularsi** ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura.

RIMBORSO SPESE PER INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

PIANO BASE – PREMIUM

*La disponibilità per anno solare è di € 2.000,
con scoperto del 25% e minimo non indennizzabile di € 150,00.
Età anagrafica massima anni 80.*

CHI PUO' FARE DOMANDA

I rimborsi previsti sono erogati direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti titolari di copertura automatica o volontaria già attiva al momento dell'evento e la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 80 (ottanta)**. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso è previsto per interventi chirurgici ambulatoriali effettuati a partire dal 1° gennaio 2024 e comunque non prima della attivazione della copertura.

Sono considerati interventi chirurgici ambulatoriali, gli interventi di piccola chirurgia eseguiti senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Sono escluse dal rimborso tutte le spese per visite specialistiche sostenute prima e dopo l'intervento chirurgico ambulatoriale, anche se ad esso collegate. Sono escluse dal rimborso, inoltre, le spese per interventi, trattamenti e cure odontoiatriche e le spese per interventi chirurgici eseguiti in regime di day hospital/day surgery o ricovero ordinario anche di una sola notte (per questa tipologia consultare la garanzia Diaria day Hospital).

Sono invece comprese le endoscopie, in presenza di una patologia presunta o accertata, con esclusione delle endoscopie effettuate per CONTROLLO o FAMILIARITA'.

Ai fini del rimborso, il Professionista potrà recarsi in strutture anche non convenzionate e senza necessità di richiesta di autorizzazione preventiva. Gli indennizzi non potranno cumularsi ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura e facenti capo al medesimo evento. Non sono previsti rimborsi di somme rimaste parzialmente a carico del richiedente rispetto a richieste già liquidate da altre Compagnie.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- a) **cartella ambulatoriale** completa di tutte le pagine nella quale sia contenuta la descrizione dell'intervento chirurgico eseguito e la patologia che ha reso necessario l'intervento effettuato;
- b) **fatture di spesa quietanzate** emesse dalla Casa di Cura/StudioMedico/Professionisti che hanno partecipato all'intervento chirurgico.

RIMBORSO SPESE PER VISITA DERMATOLOGICA CON EPILUMINESCENZA

PIANO BASE – PREMIUM

*La disponibilità per anno solare è di € 80.
Età anagrafica massima anni 80.*

CHI PUO' FARE DOMANDA

I rimborsi previsti sono erogati direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti titolari di copertura automatica o volontaria già attiva al momento dell'evento e la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 80 (ottanta)**. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso è previsto per la visita specialistica dermatologica con epiluminescenza effettuata a partire dal 1° gennaio 2024 e comunque non prima della attivazione della copertura.

Sono escluse dal rimborso le visite specialistiche dermatologiche effettuate per CONTROLLO o FAMILIARITA'.

Ai fini del rimborso, il Professionista potrà recarsi in strutture anche non convenzionate e senza necessità di richiesta di autorizzazione preventiva. Gli indennizzi non potranno cumularsi ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura e facenti capo al medesimo evento. Non sono previsti rimborsi di somme rimaste parzialmente a carico del richiedente rispetto a richieste già liquidate da altre Compagnie.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- a) **prescrizione del medico curante o dello specialista** (visita specialistica dermatologica con epiluminescenza) da cui risulti la patologia accertata o presunta (no controllo). La prescrizione non deve essere precedente 3 mesi dalla data della visita specialistica dermatologica con epiluminescenza;
- b) **fattura quietanzata** emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata (visita specialistica dermatologica con epiluminescenza) e la specializzazione del medico (dermatologia).



RIMBORSO SPESE PER VISITA DERMATOLOGICA PER PREVENZIONE

PIANO BASE – PREMIUM

*La disponibilità per anno solare è di € 60.
Età anagrafica massima anni 80.*

CHI PUO' FARE DOMANDA

I rimborsi previsti sono erogati direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti titolari di copertura automatica o volontaria già attiva al momento dell'evento e la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 80 (ottanta)**. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso è previsto per una visita specialistica dermatologica per prevenzione effettuata a partire dal 1° gennaio 2024 e comunque non prima della attivazione della copertura.

Ai fini del rimborso, il Professionista potrà recarsi in strutture anche non convenzionate e senza necessità di richiesta di autorizzazione preventiva. Gli indennizzi non potranno cumularsi ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura e facenti capo al medesimo evento. Non sono previsti rimborsi di somme rimaste parzialmente a carico del richiedente rispetto a richieste già liquidate da altre Compagnie.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

a) **fattura quietanzata** emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata (visita specialistica dermatologica) e la specializzazione del medico (dermatologia).

RIMBORSO SPESE PER VISITA DERMATOLOGICA PER CONTROLLO O FAMILIARITA'

PIANO BASE – PREMIUM

*La disponibilità per anno solare è di € 60.
Età anagrafica massima anni 80.*

CHI PUO' FARE DOMANDA

I rimborsi previsti sono erogati direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti titolari di copertura automatica o volontaria già attiva al momento dell'evento e la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 80 (ottanta)**. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso è previsto per una visita specialistica dermatologica per controllo o familiarità effettuata a partire dal 1° gennaio 2024 e comunque non prima della attivazione della copertura.

Ai fini del rimborso, il Professionista potrà recarsi in strutture anche non convenzionate e senza necessità di richiesta di autorizzazione preventiva. Gli indennizzi non potranno cumularsi ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura e facenti capo al medesimo evento. Non sono previsti rimborsi di somme rimaste parzialmente a carico del richiedente rispetto a richieste già liquidate da altre Compagnie.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

a) **prescrizione del medico curante o dello specialista** che preveda il quesito diagnostico “per familiarità o controllo”;
b) **fattura quietanzata** emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata (visita specialistica dermatologica) e la specializzazione del medico (dermatologia).

RIMBORSO SPESE PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI MALATTIA

PIANO BASE – PREMIUM

*La disponibilità per anno solare è di € 300 e fino a 6 sedute.
Età anagrafica massima anni 80.*

CHI PUO' FARE DOMANDA

I rimborsi previsti sono erogati direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti titolari di copertura automatica o volontaria già attiva al momento dell'evento e la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 80 (ottanta)**. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso è previsto per trattamenti fisioterapici a seguito di malattia effettuati a partire dal 1° gennaio 2024 e comunque non prima della attivazione della copertura.

Ai fini del rimborso, il Professionista potrà recarsi in strutture anche non convenzionate e senza necessità di richiesta di autorizzazione preventiva. Gli indennizzi non potranno cumularsi ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura e facenti capo al medesimo evento. Non sono previsti rimborsi di somme rimaste parzialmente a carico del richiedente rispetto a richieste già liquidate da altre Compagnie.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- a) **prescrizione del medico specialista in materia** (ortopedico, fisiatra, medico dello sport) dei trattamenti richiesti con indicazione della relativa patologia. La prescrizione non deve essere precedente 6 mesi dalla data delle sedute di fisioterapia;
- b) **fattura quietanzata** emessa da un Centro medico Fisioterapico o da un fisioterapista diplomato o in possesso dei titoli abilitanti previsti del Ministero della Sanità 27/07/2020 (GU del 16/08/2020).

COME FARE DOMANDA - AMB, DIARIA, DH, DERMA, DCHECK o FISIO

La richiesta può essere inoltrata dal 01/01/2026 a tutto il 31/01/2027 direttamente on line dall'area riservata [BeProf](#), seguendo la seguente procedura:

- registrarsi/accedere a **BeProf** (scaricando l'app per smartphone dagli App store Android o IOs o la versione desktop all'indirizzo <https://app.beprof.it/app/login>);
- nel menù **PRODOTTI E SERVIZI – I MIEI SERVIZI ATTIVI – SALUTE E WELFARE**, selezionare la voce Prestazioni Dirette GP;
- cliccare sul tasto **DETTAGLI** e copiare il **Codice BeProf** (Voucher) mediante la funzione “copia”;
- cliccare sul tasto **ACCEDI**, incollare il **Codice BeProf** (Voucher) mediante la funzione “incolla” e cliccare sul tasto Certifica la tua identità e prosegui;
- scegliere la garanzia di riferimento (AMB, DIARIA, DH, DERMA, DCHECK o FISIO) e completare la compilazione inserendo, negli spazi indicati, l'**IBAN** su cui sarà accreditato il rimborso con l'intestatario del conto;
- scegliere il periodo di riferimento dell'evento;
- allegare la documentazione richiesta;
- inviare la domanda.

Attenzione: in fase di compilazione occorre inserire l'importo intero senza virgola, punti o decimali e il numero di telefono per la validazione della firma senza punto, spazio, slash o altri caratteri diversi dai numeri. Non saranno prese in considerazione in alcun caso richieste compilate e inviate con modalità diversa da quella prevista e resa disponibile da piattaforma **BeProf** e corredate di tutta la documentazione prevista da allegare necessariamente al momento di inoltro della domanda. Le domande di rimborso devono essere inviate entro i termini previsti per ogni periodo di riferimento indicato nel Regolamento Prestazioni Dirette GP. In ogni caso saranno valutate solo le richieste inoltrate entro e non oltre 2 anni dall'evento.

DISPOSIZIONI GENERALI

Ferma restando la valutazione sulla rimborsabilità delle prestazioni richieste, saranno rimborsate esclusivamente le spese aventi data compresa fra il 01.01.2024 e il 31.12.2026. Si estendono, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal Regolamento della Gestione Professionisti in vigore (disponibile sul sito www.gestioneprofessionisti.it). Non sono previsti rimborsi di somme rimaste parzialmente a carico del richiedente rispetto a richieste già liquidate da altre Compagnie. Le prestazioni contenute nel presente progetto vengono rimborsate direttamente da Gestione Professionisti. Sono beneficiari del diritto al rimborso, nei termini e limiti indicati, i Professionisti titolari di copertura principale, Base o Premium o Infortuni&Welfare attivata ed in essere alla data dell'evento e della richiesta di ciascun rimborso. Le domande di rimborso devono essere inviate entro i termini previsti per ogni periodo di riferimento indicato nel presente Regolamento. In caso di irregolarità contributive e/o amministrative le erogazioni potrebbero essere non effettuate o sospese in attesa di sistemazione.

I rimborsi saranno effettuati:

- fino alla concorrenza del massimale disponibile per il totale delle garanzie previste pari ad € 2.000.000,00;
- entro 90 giorni circa dalla data di ricezione della richiesta;
- esclusivamente mediante bonifico bancario su conto corrente bancario o postale intestato al richiedente.

Le erogazioni sono assoggettate alla normativa fiscale vigente.

La documentazione di spesa da allegare alla richiesta di rimborso dovrà risultare fiscalmente valida e pertanto saranno rimborsabili: fatture e/o ricevute di pagamento, scontrini fiscali, bollettini postali o MAV bancari, attestati di quietanza. Tutte le documentazioni devono essere trasmesse esclusivamente in formato PDF, caricandole tramite apposita procedura online. Gestione Professionisti si riserva in qualsiasi momento di richiedere documentazione in originale e/o aggiuntiva e/o di verificare i dati o le dichiarazioni riportate nei documenti costituenti le pratiche. In caso di discordanza, fatte salve ulteriori azioni legali, decade il diritto alle prestazioni e il beneficiario sarà tenuto alla restituzione delle eventuali somme indebitamente ricevute.

CONDIZIONI GENERALI

Le seguenti disposizioni si applicano alle richieste per:

1. DIARIA DA RICOVERO
2. DIARIA DAY HOSPITAL O DAY SURGERY
3. RIMBORSO SPESE PER:
 - INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE
 - VISITA DERMATOLOGICA CON EPILUMINESCENZA
 - VISITA DERMATOLOGICA PER PREVENZIONE O PER FAMILIARITA' – CONTROLLO
 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI MALATTIA

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Le garanzie non sono operanti ed i rimborsi non sono effettuati nei seguenti casi:

- a) le intossicazioni e gli infortuni conseguenti ad abuso di alcolici e psicofarmaci o a uso, a scopo non terapeutico, di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- b) i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili a esaurimento nervoso;
- c) infortuni determinati da ubriachezza o sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose; le garanzie si intendono tuttavia estese agli infortuni determinati da imprudenze e negligenze gravi;
- d) infortuni sofferti in conseguenza della partecipazione a gare professionistiche e allenamenti, ad attività temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- e) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- f) tutte le procedure, accertamenti e interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita, alla sterilità e/o all'impotenza;
- g) le spese relative a prestazioni di routine e/o di controllo, i vaccini, salvo quanto indicato per il rimborso delle spese sostenute per visita dermatologica per prevenzione/controllo o familiarità;
- h) cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla attivazione della copertura, salvo quanto previsto dal presente Regolamento;
- i) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio);
- j) chirurgia plastica a scopo estetico e quella a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio;
- k) gli interventi e le cure delle miopie e/o astigmatismo e correzione del visus;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- m) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- n) lungodegenze, intese quali ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentano più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di Cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- o) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- p) cure omeopatiche e omeopatia in genere;
- q) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale.

RIMBORSO SPESE PER CONSULENZA PSICOLOGICA

**PRESTAZIONI IN RETE GP-
BEPROF/PLP**
(Associazione degli Psicologi Liberi
Professionisti)

**PRESTAZIONI FUORI RETE GP-
BEPROF/PLP**

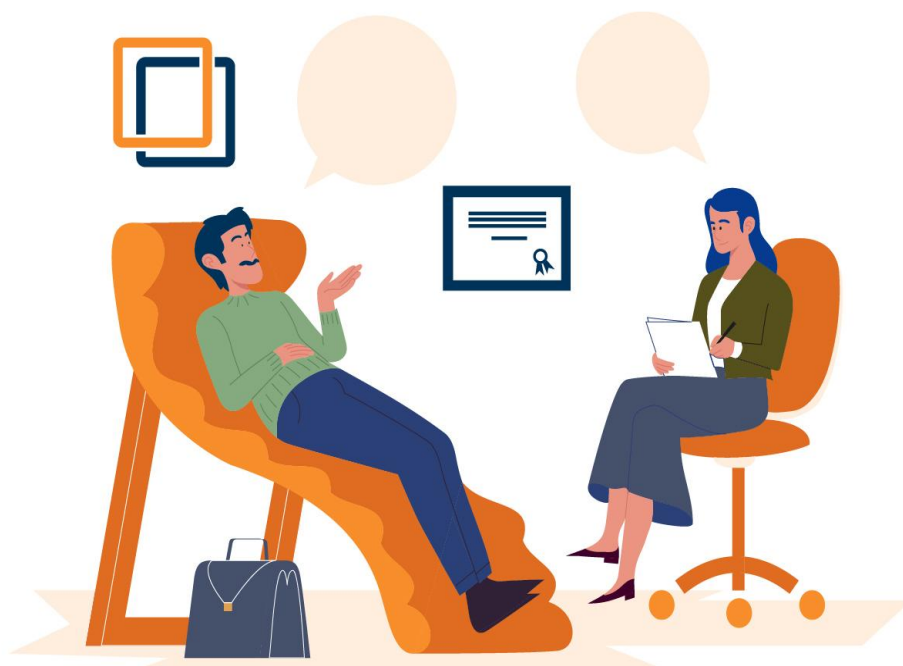
CHI PUO' FARE DOMANDA

I rimborsi previsti sono erogati direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti titolari di copertura automatica o volontaria già attiva al momento dell'evento. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

AREE DI CONSULENZA OGGETTO DELLA GARANZIA

Il rimborso di una parte delle spese sostenute per consulenza psicologica, in presenza o mediante video-consuluto, nelle seguenti Aree di Consulenza:

- a) Supporto relativo all'ambito lavorativo;
- b) Disturbi, Dipendenze, Disfunzioni sessuali, Traumi;
- c) Sostegno relativo a momenti di criticità della vita;
- d) Sostegno alla genitorialità (anche con la partecipazione di altre persone del nucleo familiare insieme all'assistito);
- e) Problematiche familiari e di coppia (anche con la partecipazione di altre persone del nucleo familiare insieme all'assistito).



RIMBORSO SPESE PER CONSULENZA PSICOLOGICA

PRESTAZIONI IN RETE GP-BEPROF/PLP (Associazione degli Psicologi Liberi Professionisti)	PRESTAZIONI FUORI RETE GP-BEPROF/PLP
<p>PIANO BASE - PREMIUM</p> <p><i>La disponibilità per anno solare è di € 350, con rimborso del 50%</i></p>	<p>PIANO BASE - PREMIUM</p> <p><i>La disponibilità per anno solare è di € 200, con rimborso del 30%</i></p>

SPESE RIMBORSABILI RETE GP-BEPROF/PLP

Presso gli psicologi **iscritti alla rete GP-BEPROF/PLP** (consultabile sul sito <https://psyplp.it/convenzione-plp-psicologo-di-base-beprof/>) aderenti al progetto, i Professionisti titolari di copertura possono beneficiare di:

- colloquio conoscitivo**, telefonico, in presenza o in videochiamata, finalizzato a verificare se il caso rientri nei termini della garanzia;
- sconto del 10% sulla parcella del professionista** (garantito dal professionista PLP aderente al progetto); il costo finale sarà arrotondato per difetto ogni € 5, fatta eccezione per coloro che già adottano la tariffa minima pari a € 35;
- rimborso pari al **50%** del costo fatturato, dallo psicologo/psicoterapeuta fino a concorrenza del massimale di **€ 350,00**.

Ai fini del rimborso indicato, lo psicologo/psicoterapeuta deve risultare iscritto PLP e aderente al progetto alla data della fattura.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

a) copia delle **fatture quietanzate** intestate all'iscritto.

SPESE RIMBORSABILI FUORI RETE GP-BEPROF/PLP

I Professionisti titolari di copertura che si rivolgano ad un professionista **non iscritto alla rete GP-BEPROF/PLP** possono usufruire del **rimborso pari al 30%** del costo fatturato dallo psicologo/psicoterapeuta fino a concorrenza del massimale di **€ 200,00***.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

a) copia delle **fatture quietanzate** intestate all'iscritto;

b) **attestazione** compilata e firmata dal Professionista Psicologo/Psicoterapeuta, nella quale sia indicato l'Albo di appartenenza dello psicologo/psicoterapeuta, l'area di intervento della consulenza e la data di inizio della terapia. Il titolare di copertura è invitato a richiedere ed ottenere la dichiarazione all'inizio del ciclo di trattamenti al fine di verificare i requisiti del professionista a cui si rivolge. Ai fini del rimborso è riconosciuto esclusivamente il percorso psicologico effettuato (e quindi fatturato) da figure professionali riconosciute dalle leggi vigenti nello Stato italiano: Psicologo o Psicoterapeuta.

<https://www.gestioneprofessionisti.it/wp-content/uploads/Attestazione-Psico.pdf>

COME FARE DOMANDA - PSICO

La richiesta può essere inoltrata dal 01/01/2026 a tutto il 31/01/2027 direttamente on line dall'area riservata [BeProf](#), seguendo la seguente procedura:

- registrarsi/accedere a **BeProf** (scaricando l'app per smartphone dagli App store Android o IOs o la versione desktop all'indirizzo <https://app.beprof.it/app/login>);
- nel menù **PRODOTTI E SERVIZI – I MIEI SERVIZI ATTIVI – SALUTE E WELFARE**, selezionare la voce Prestazioni Dirette GP;
- cliccare sul tasto **DETTAGLI** e copiare il **Codice BeProf** (Voucher) mediante la funzione “copia”;
- cliccare sul tasto **ACCEDI**, incollare il **Codice BeProf** (Voucher) mediante la funzione “incolla” e cliccare sul tasto **Certifica la tua identità e prosegui**;
- scegliere la garanzia **PSICO – Prestazioni di Consulenza Psicologica** e completare la compilazione inserendo, negli spazi indicati, l'**IBAN** su cui sarà accreditato il rimborso con l'intestatario del conto;
- scegliere il periodo di riferimento dell'evento;
- allegare la documentazione richiesta;
- inviare la domanda.

Attenzione: in fase di compilazione occorre inserire l'importo intero senza virgola, punti o decimali e il numero di telefono per la validazione della firma senza punto, spazio, slash o altri caratteri diversi dai numeri. Non saranno prese in considerazione in alcun caso richieste compilate e inviate con modalità diversa da quella prevista e resa disponibile da piattaforma BeProf e corredate di tutta la documentazione prevista da allegare necessariamente al momento di inoltro della domanda. Le domande di rimborso devono essere inviate entro i termini previsti per ogni periodo di riferimento indicato nel Regolamento Prestazioni Dirette GP. In ogni caso saranno valutate solo le richieste inoltrate entro e non oltre 2 anni dall'evento.

Il pagamento del rimborso previsto viene effettuato direttamente da Gestione Professionisti:

- entro 90 giorni dalla data della trasmissione della richiesta completa della documentazione indicata. Tale termine decorre dal momento in cui sia presente tutta la documentazione indicata;
- solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN intestate al richiedente, così come comunicate nel modulo di richiesta on line; qualora le coordinate comunicate risultino errate il rimborso non potrà essere effettuato nei termini indicati e sarà sospeso fino alla ricezione del codice corretto;
- dall'Italia ed in valuta Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, il valore di cambio è ricavato dalla quotazione della BCE.;
- fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento pari ad € 500.000,00.

DISPOSIZIONI GENERALI

Ferma restando la valutazione sulla rimborsabilità delle prestazioni richieste, si estendono, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal Regolamento Gestione Professionisti e delle disposizioni correlate (disponibili sul sito www.gestioneprofessionisti.it).

In caso di irregolarità contributive e/o amministrative le erogazioni possono essere non effettuate o sospese in attesa di regolarizzazione. Gestione Professionisti si riserva in qualsiasi momento la facoltà di richiedere documentazione in originale e/o integrativa e/o di verificare i dati e le dichiarazioni riportate nei documenti costituenti le richieste. In caso di discordanza, fatte salve ulteriori azioni legali, decade il diritto alle prestazioni e l'iscritto sarà tenuto alla restituzione delle eventuali somme indebitamente ricevute. Le erogazioni sono assoggettate alla normativa fiscale vigente. La documentazione di spesa da allegare alla richiesta di rimborso dovrà risultare fiscalmente valida e pertanto saranno rimborsabili: fatture e/o ricevute di pagamento, scontrini fiscali, bollettini postali o MAV bancari, attestati di quietanza. Tutte le documentazioni devono essere trasmesse esclusivamente in formato PDF, caricandole tramite apposita procedura online. Gestione Professionisti si riserva in qualsiasi momento di richiedere documentazione in originale e/o aggiuntiva e/o di verificare i dati o le dichiarazioni riportate nei documenti costituenti le pratiche. In caso di discordanza, fatte salve ulteriori azioni legali, decade il diritto alle prestazioni e il beneficiario sarà tenuto alla restituzione delle eventuali somme indebitamente ricevute. Non saranno erogati rimborsi a fronte di spese sostenute per trattamenti effettuati presso consulenti non in possesso dei necessari requisiti (figure professionali diverse da Psicologo o Psicoterapeuta iscritti all'albo).

RIMBORSO SPESE PER LENTI DA VISTA - PROGETTO SPERIMENTALE

PIANO BASE

*La disponibilità è di € 50,
con rimborso del 20%*

PIANO PREMIUM

*La disponibilità è di € 80,
con rimborso del 20%*

CHI PUO' FARE DOMANDA

Il rimborso è riservato ai Professionisti titolari di copertura, automatica o volontaria, Base, Premium o Infortuni&Welfare, che risulti attivata prima della data della prescrizione del medico oculista e delle fatture/ricevute di spesa e che deve essere attiva al momento della domanda.

La prescrizione del medico oculista, effettuata dal 01/01/2025, non deve essere precedente 3 mesi dalla data dell'acquisto (data della fattura/ricevuta).

In caso di copertura volontaria il rimborso è riservato ai titolari di copertura attiva da almeno 12 mesi rispetto alla data di acquisto e della domanda, ovvero solo successivamente alla decorrenza del primo rinnovo annuale.

Es. copertura automatica Base dal 01/12/2024, upgrade alla copertura Premium dal 01/01/2025, domanda del 01/01/2025: massimale rimborsabile riferito alla copertura Base e non alla copertura Premium.

Es. copertura volontaria Base dal 01/01/2024, rinnovo con copertura volontaria Premium dal 01/01/2025, domanda del 01/01/2025: massimale rimborsabile riferito alla copertura Base e non alla copertura Premium.

Es. copertura volontaria Premium dal 01/01/2024, rinnovo con copertura volontaria Base dal 01/01/2025, domanda del 01/01/2025: massimale rimborsabile riferito alla copertura Base e non alla copertura Premium.

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso è erogato per l'acquisto di LENTI DA VISTA PER OCCHIALI o, in alternativa, di LENTI A CONTATTO CORRETTIVE (di qualsiasi tipologia) per difetti visivi, sia da vicino che da lontano.

Il rimborso è unico e irripetibile nel periodo di validità del progetto e ai fini del rimborso può essere presentata un'unica domanda riferita all'acquisto di LENTI DA VISTA PER OCCHIALI o, in alternativa, di LENTI A CONTATTO CORRETTIVE.

Qualora il rimborso definito sulla base della domanda presentata sia di importo inferiore al massimale indicato non può comunque essere presentata una ulteriore domanda.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

a) **scontrini fiscali, ricevute e/o fatture quietanzate**, intestati al Professionista titolare della copertura. In caso di richiesta di rimborso delle spese per l'acquisto di lenti da vista per occhiali, il documento di spesa deve riportare la distinzione tra il costo sostenuto per le lenti ed il costo sostenuto per la montatura;

b) **prescrizione del medico oculista** che deve riportare, oltre ai dati identificativi del paziente (nome, cognome, codice fiscale), la data in cui è rilasciata la prescrizione, la patologia e la specifica delle lenti da acquistare con indicazione del visus. La prescrizione non deve essere precedente 3 mesi dalla data dell'acquisto (data della fattura/ricevuta) e deve essere rilasciata dal 01/01/2025.



COME FARE DOMANDA - LENTI

La richiesta può essere inoltrata dal 01/01/2026 a tutto il 31/03/2027 direttamente on line dall'area riservata [BeProf](#), seguendo la seguente procedura:

- registrarsi/accedere a **BeProf** (scaricando l'app per smartphone dagli App store Android o IOs o la versione desktop all'indirizzo <https://app.beprof.it/app/login>);
- nel menù **PRODOTTI E SERVIZI – I MIEI SERVIZI ATTIVI – SALUTE E WELFARE**, selezionare la voce Prestazioni Dirette GP;
- cliccare sul tasto **DETTAGLI** e copiare il **Codice BeProf (Voucher)** mediante la funzione “copia”;
- cliccare sul tasto **ACCEDI**, incollare il **Codice BeProf (Voucher)** mediante la funzione “incolla” e cliccare sul tasto Certifica la tua identità e prosegui;
- scegliere la garanzia **LENTI** e completare la compilazione inserendo, negli spazi indicati, l'**IBAN** su cui sarà accreditato il rimborso con l'intestatario del conto;
- scegliere il periodo di riferimento dell'evento;
- allegare la documentazione richiesta;
- inviare la domanda.

Attenzione: in fase di compilazione occorre inserire l'importo intero senza virgola, punti o decimali e il numero di telefono per la validazione della firma senza punto, spazio, slash o altri caratteri diversi dai numeri. Non saranno prese in considerazione in alcun caso richieste compilate e inviate con modalità diversa da quella prevista e resa disponibile da piattaforma BeProf e corredate di tutta la documentazione prevista da allegare necessariamente al momento di inoltro della domanda. Le domande di rimborso devono essere inviate entro i termini previsti per ogni periodo di riferimento indicato nel Regolamento Prestazioni Dirette GP. In ogni caso saranno valutate solo le richieste inoltrate entro e non oltre 2 anni dall'evento.

DISPOSIZIONI GENERALI

Si estendono al presente progetto, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal Regolamento della Gestione Professionisti in vigore (disponibile sul sito www.gestioneprofessionisti.it).

Le prestazioni contenute nel presente progetto vengono rimborsate direttamente da Gestione Professionisti. In caso di irregolarità contributive e/o amministrative le erogazioni potrebbero essere non effettuate o sospese in attesa di sistemazione.

I rimborsi saranno effettuati:

- fino alla concorrenza del massimale disponibile per la garanzia pari ad € 500.000,00;
- indicativamente entro 90 giorni dalla data di ricezione della richiesta;
- esclusivamente mediante bonifico bancario su conto corrente bancario o postale intestato al richiedente.

Le erogazioni sono assoggettate alla normativa fiscale vigente.

La documentazione di spesa da allegare alla richiesta di rimborso dovrà risultare fiscalmente valida e, pertanto, saranno rimborsabili: fatture quietanzate e/o ricevute di pagamento e/o scontrini fiscali.

Tutti i documenti devono essere trasmessi in formato PDF e caricati tramite l'apposita procedura online.

Gestione Professionisti si riserva in qualsiasi momento di richiedere documentazione in originale e/o aggiuntiva e/o di verificare i dati o le dichiarazioni riportate nei documenti costituenti le pratiche. In caso di discordanza, fatte salve ulteriori azioni legali, decade il diritto alle prestazioni e il beneficiario sarà tenuto alla restituzione delle eventuali somme indebitamente ricevute.

RIMBORSO SPESE PER VISITE E ACCERTAMENTI MALATTIE RARE

PIANO BASE – PREMIUM

La disponibilità per anno solare è di € 250

CHI PUO' FARE DOMANDA

Il rimborso previsto è erogato direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti titolari di copertura automatica o volontaria, Base, Premium o Infortuni&Welfare, già attiva al momento dell'evento e affetti da malattie rare.

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso è relativo alle spese sostenute per **visite e/o accertamenti diagnostici non attinenti la patologia rara o non effettuabili in regime di esenzione** effettuati esclusivamente dal 01/01/2025 al 31/12/2026 e comunque successivamente alla data di attivazione della copertura del richiedente, a fronte di prescrizioni effettuate dal medico di medicina generale (MMG) o da specialista esclusivamente dal 01/01/2025 e comunque successivamente alla data di attivazione della copertura medesima.

Ai fini del rimborso può essere presentata un'unica domanda. Qualora il rimborso definito sulla base della domanda presentata sia di importo inferiore al massimale indicato non può comunque essere presentata una ulteriore domanda.

L'indennizzo previsto dalla presente garanzia non potrà cumularsi ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura e facenti capo al medesimo evento.

Non sono previsti rimborsi di somme rimaste parzialmente a carico del richiedente rispetto a richieste già liquidate da altre Compagnie.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Ai fini del rimborso delle spese deve necessariamente essere allegata alla richiesta, effettuata seguendo la procedura on line indicata, la seguente documentazione:

- a) **ticket, scontrini fiscali, ricevute e/o fatture quietanzate**, intestati al Professionista titolare della copertura, in cui sia specificata la prestazione effettuata (tipologia di visita o di accertamento diagnostico effettuato);
- b) **prescrizione del medico di medicina generale (MMG) o dello specialista** che deve riportare, oltre ai dati identificativi del paziente (nome, cognome, codice fiscale), la data in cui è rilasciata la prescrizione, la patologia accertata o sospetta per la quale sono richiesti visite e/o accertamenti diagnostici non attinenti la patologia rara o non effettuabili in regime di esenzione;
- c) **certificazione di esenzione per malattia rara**, riportante il relativo codice di cui all'elenco tenuto presso il Ministero della Salute.

COME FARE DOMANDA - RARE

La richiesta può essere inoltrata dal 01/02/2025 a tutto il 31/01/2027 direttamente on line dall'area riservata [BeProf](#), seguendo la seguente procedura:

- registrarsi/accedere a **BeProf** (scaricando l'app per smartphone dagli App store Android o IOs o la versione desktop all'indirizzo <https://app.beprof.it/app/login>);
- nel menù **PRODOTTI E SERVIZI – I MIEI SERVIZI ATTIVI – SALUTE E WELFARE**, selezionare la voce Prestazioni Dirette GP;
- cliccare sul tasto **DETTAGLI** e copiare il **Codice BeProf** (Voucher) mediante la funzione "copia";
- cliccare sul tasto **ACCEDI**, incollare il **Codice BeProf** (Voucher) mediante la funzione "incolla" e cliccare sul tasto Certifica la tua identità e prosegui;
- scegliere la garanzia **MALATTIE RARE GP** e completare la compilazione inserendo, negli spazi indicati, l'**IBAN** su cui sarà accreditato il rimborso con l'intestatario del conto;
- scegliere il periodo di riferimento dell'evento;
- allegare la documentazione richiesta;
- inviare la domanda.

Attenzione: in fase di compilazione occorre inserire l'importo intero senza virgola, punti o decimali e il numero di telefono per la validazione della firma senza punto, spazio, slash o altri caratteri diversi dai numeri. Non saranno prese in considerazione in alcun caso richieste compilate e inviate con modalità diversa da quella prevista e resa disponibile da piattaforma BeProf e corredate di tutta la documentazione prevista da allegare necessariamente al momento di inoltro della domanda. Le domande di rimborso devono essere inviate entro i termini previsti per ogni periodo di riferimento indicato nel Regolamento Prestazioni Dirette GP. In ogni caso saranno valutate solo le richieste inoltrate entro e non oltre 2 anni dall'evento.

Il pagamento del rimborso previsto viene effettuato direttamente da Gestione Professionisti:

- entro 90 giorni dalla data della trasmissione della richiesta completa della documentazione indicata. Tale termine decorre dal momento in cui sia presente tutta la documentazione indicata;
- solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN intestate al richiedente, così come comunicate nel modulo di richiesta on line; qualora le coordinate comunicate risultino errate il rimborso non potrà essere effettuato nei termini indicati e sarà sospeso fino alla ricezione del codice corretto;
- dall'Italia ed in valuta Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, il valore di cambio è ricavato dalla quotazione della BCE.;
- fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento pari ad € 100.000,00.

DISPOSIZIONI GENERALI

Ferma restando la valutazione sulla rimborsabilità delle prestazioni richieste, si estendono, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal Regolamento Gestione Professionisti e delle disposizioni correlate (disponibili sul sito www.gestioneprofessionisti.it).

Le prestazioni contenute nel presente progetto vengono rimborsate direttamente da Gestione Professionisti. In caso di irregolarità contributive e/o amministrative le erogazioni potrebbero essere non effettuate o sospese in attesa di sistemazione.

La documentazione di spesa da allegare alla richiesta di rimborso dovrà risultare fiscalmente valida e, pertanto, saranno rimborsabili: ticket, fatture quietanzate e/o ricevute di pagamento e/o scontrini fiscali.

Tutti i documenti devono essere trasmessi in formato PDF, e caricati tramite l'apposita procedura online.

Gestione Professionisti si riserva in qualsiasi momento di richiedere documentazione in originale e/o aggiuntiva e/o di verificare i dati o le dichiarazioni riportate nei documenti costituenti le pratiche. In caso di discordanza, fatte salve ulteriori azioni legali, decade il diritto alle prestazioni e il beneficiario sarà tenuto alla restituzione delle eventuali somme indebitamente ricevute.

RIMBORSO SPESE PER APPARECCHI ACUSTICI

PIANO PREMIUM

Rimborso una tantum pari al 20% e fino a € 300

CHI PUO' FARE DOMANDA

Il rimborso è riservato ai Professionisti titolari di copertura Premium/Premium plus, che risulti attivata prima della data della prescrizione del medico otorinolaringoiatra o audiologo e dei documenti di spesa e, comunque, attiva al momento della domanda.

In caso di copertura volontaria il rimborso è riservato ai titolari di copertura Premium attiva da almeno 12 mesi rispetto alla data della domanda, ovvero dalla decorrenza del primo rinnovo.

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso è relativo alle **spese sostenute esclusivamente dal 01/01/2025 al 31/12/2026** e comunque successivamente alla data di attivazione della copertura Premium/Premium plus del richiedente, a fronte di prescrizione di protesi acustica effettuata da medico specialista otorinolaringoiatra o audiologo esclusivamente dal 01/01/2025.

La prescrizione del medico otorinolaringoiatra o audiologo non deve comunque essere precedente 6 mesi dalla data dell'acquisto (data del documento di spesa) degli apparecchi acustici e deve indicare la patologia uditiva e il livello di ipoacusia per la quale è prescritto l'apparecchio acustico e la tipologia dello stesso.

Il rimborso è **unico e irripetibile** ed è **erogabile una sola volta nell'arco dell'intera iscrizione a Gestione Professionisti**, anche in caso di iscrizione discontinua. La possibilità di richiedere ulteriori rimborsi per la stessa garanzia cessa in automatico al momento della prima liquidazione del rimborso stesso, a prescindere dal numero di apparecchi acustici acquistati dal Professionista titolare di copertura. Qualora il rimborso definito sulla base della domanda presentata fosse di importo inferiore al massimale indicato non può comunque essere presentata una ulteriore domanda.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Ai fini del rimborso delle spese deve necessariamente essere allegata alla richiesta, effettuata seguendo la procedura on line indicata, la seguente documentazione:

- a) **ticket, scontrini fiscali, ricevute e/o fatture quietanzate**, intestati al Professionista titolare della copertura, in cui sia riportata la tipologia di apparecchio acquistato;
- b) **prescrizione del medico otorinolaringoiatra o audiologo** che deve riportare, oltre ai dati identificativi del paziente (nome, cognome, codice fiscale), la data in cui è rilasciata la prescrizione, la patologia uditiva, il livello di ipoacusia e la specifica dell'apparecchio da acquistare. La prescrizione non deve comunque essere precedente 6 mesi dalla data del documento di spesa;
- c) **certificato di conformità del dispositivo**.

COME FARE DOMANDA - ACU

La richiesta può essere inoltrata dal 01/02/2025 a tutto il 31/01/2027 direttamente on line dall'area riservata [BeProf](#), seguendo la seguente procedura:

- registrarsi/accedere a **BeProf** (scaricando l'app per smartphone dagli App store Android o IOs o la versione desktop all'indirizzo <https://app.beprof.it/app/login>);
- nel menù **PRODOTTI E SERVIZI – I MIEI SERVIZI ATTIVI – SALUTE E WELFARE**, selezionare la voce Prestazioni Dirette GP;
- cliccare sul tasto **DETTAGLI** e copiare il **Codice BeProf** (Voucher) mediante la funzione “copia”;
- cliccare sul tasto **ACCEDI**, incollare il **Codice BeProf** (Voucher) mediante la funzione “incolla” e cliccare sul tasto Certifica la tua identità e prosegui;
- scegliere la garanzia **ACU GP** e completare la compilazione inserendo, negli spazi indicati, l'**IBAN** su cui sarà accreditato il rimborso con l'intestatario del conto;
- scegliere il periodo di riferimento dell'evento;
- allegare la documentazione richiesta;
- inviare la domanda.

Attenzione: in fase di compilazione occorre inserire l'importo intero senza virgola, punti o decimali e il numero di telefono per la validazione della firma senza punto, spazio, slash o altri caratteri diversi dai numeri. Non saranno prese in considerazione in alcun caso richieste compilate e inviate con modalità diversa da quella prevista e resa disponibile da piattaforma BeProf e corredate di tutta la documentazione prevista da allegare necessariamente al momento di inoltro della domanda. Le domande di rimborso devono essere inviate entro i termini previsti per ogni periodo di riferimento indicato nel Regolamento Prestazioni Dirette GP. In ogni caso saranno valutate solo le richieste inoltrate entro e non oltre 2 anni dall'evento.

Il pagamento del rimborso previsto viene effettuato direttamente da Gestione Professionisti:

- entro 90 giorni dalla data della trasmissione della richiesta completa della documentazione indicata. Tale termine decorre dal momento in cui sia presente tutta la documentazione indicata;
- solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN intestate al richiedente, così come comunicate nel modulo di richiesta on line; qualora le coordinate comunicate risultino errate il rimborso non potrà essere effettuato nei termini indicati e sarà sospeso fino alla ricezione del codice corretto;
- dall'Italia ed in valuta Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, il valore di cambio è ricavato dalla quotazione della BCE.;
- fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento pari ad € 300.000,00.

DISPOSIZIONI GENERALI

Ferma restando la valutazione sulla rimborsabilità delle prestazioni richieste, si estendono, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal Regolamento Gestione Professionisti e delle disposizioni correlate (disponibili sul sito www.gestioneprofessionisti.it).

Le prestazioni contenute nel presente progetto vengono rimborsate direttamente da Gestione Professionisti. In caso di irregolarità contributive e/o amministrative le erogazioni potrebbero essere non effettuate o sospese in attesa di sistemazione. Le erogazioni sono assoggettate alla normativa fiscale vigente.

La documentazione di spesa da allegare alla richiesta di rimborso dovrà risultare fiscalmente valida e, pertanto, saranno rimborsabili: fatture quietanzate e/o ricevute di pagamento e/o scontrini fiscali e/o ticket.

Tutti i documenti devono essere trasmessi in formato PDF e caricati tramite l'apposita procedura online.

Gestione Professionisti si riserva in qualsiasi momento di richiedere documentazione in originale e/o aggiuntiva e/o di verificare i dati o le dichiarazioni riportate nei documenti costituenti le pratiche. In caso di discordanza, fatte salve ulteriori azioni legali, decade il diritto alle prestazioni e il beneficiario sarà tenuto alla restituzione delle eventuali somme indebitamente ricevute.

RIMBORSO SPESE PER ACQUISTO E SOMMINISTRAZIONE VACCINI

PIANO BASE - PREMIUM

La disponibilità è di € 50, con rimborso fino al 100%

CHI PUO' FARE DOMANDA

La garanzia è attiva in automatico e senza costi aggiuntivi per i Professionisti titolari di copertura automatica o volontaria, Base, Premium o Infortuni & Welfare.

Il rimborso PRO-VAX 2026 è riservato ai Professionisti la cui copertura risulti attivata.

Per chi non fosse ancora titolare di copertura, in deroga a quanto previsto per tutte le altre prestazioni previste per i Professionisti titolari, il diritto al Rimborso PRO-VAX 2026 si attiva contestualmente all'acquisto della copertura principale su BeProf.

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso è relativo alle spese per l'acquisto e/o la somministrazione della vaccinazione antinfluenzale stagionale e/o per la vaccinazione anti pneumococco relative all'inverno 2026 – 2027, sostenute dal 01/10/2026 al 31/01/2027:

1. per la **vaccinazione antinfluenzale** stagionale nella misura del **100%** delle spese sostenute per l'acquisto del vaccino e per l'eventuale costo di somministrazione;
2. per la **vaccinazione anti-pneumococco** nella misura del **50%** delle spese sostenute per l'acquisto del vaccino e per l'eventuale costo di somministrazione,

e comunque entro il **limite massimo complessivo di € 50,00**.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

a) **scontrini fiscali, ticket, ricevute e/o fatture quietanzate**, intestati al titolare della copertura;

b) **dichiarazione del medico** con indicazione del soggetto vaccinato, tipo di vaccino, numero del lotto (o eventuale autocertificazione) **e/o attestazione di avvenuta vaccinazione** rilasciata dal Centro Vaccinale.

COME FARE DOMANDA - PROVAX

La richiesta può essere inoltrata dal 01/10/2026 a tutto il 31/03/2027 direttamente on line dall'area riservata [BeProf](#), seguendo la seguente procedura:

- registrarsi/accedere a **BeProf** (scaricando l'app per smartphone dagli App store Android o IOs o la versione desktop all'indirizzo <https://app.beprof.it/app/login>);
- nel menù **PRODOTTI E SERVIZI – I MIEI SERVIZI ATTIVI – SALUTE E WELFARE**, selezionare la voce Prestazioni Dirette GP;
- cliccare sul tasto **DETTAGLI** e copiare il **Codice BeProf (Voucher)** mediante la funzione “copia”;
- cliccare sul tasto **ACCEDI**, incollare il **Codice BeProf (Voucher)** mediante la funzione “incolla” e cliccare sul tasto Certifica la tua identità e prosegui;
- scegliere la garanzia **PRO-VAX** e completare la compilazione inserendo, negli spazi indicati, l'**IBAN** su cui sarà accreditato il rimborso con l'intestatario del conto;
- scegliere il periodo di riferimento dell'evento;
- allegare la documentazione richiesta;
- inviare la domanda.

Attenzione: in fase di compilazione occorre inserire l'importo intero senza virgola, punti o decimali e il numero di telefono per la validazione della firma senza punto, spazio, slash o altri caratteri diversi dai numeri. Non saranno prese in considerazione in alcun caso richieste compilate e inviate con modalità diversa da quella prevista e resa disponibile da piattaforma BeProf e corredate di tutta la documentazione prevista da allegare necessariamente al momento di inoltro della domanda.

DISPOSIZIONI GENERALI

Si estendono, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal Regolamento della Gestione Professionisti in vigore (disponibile anche nella sezione Coperture del sito www.gestioneprofessionisti.it).

Ai fini della acquisizione ed effettuazione del vaccino dovranno essere seguite tutte le disposizioni previste a tal fine (es. prescrizione medica per la richiesta del vaccino, ecc.). Le prestazioni contenute nel presente progetto vengono rimborsate direttamente da Gestione Professionisti.

Sono beneficiari del diritto al rimborso di cui al PRO-VAX 2025 i Professionisti titolari di copertura Base o Premium o Infortuni&Welfare attivata. In caso di irregolarità contributive e/o amministrative le erogazioni potrebbero essere non effettuate o sospese in attesa di sistemazione.

I rimborsi saranno effettuati:

- fino alla concorrenza del massimale disponibile per l'evento pari ad € 1.000.000,00;
- indicativamente entro 90 giorni dalla data di ricezione della richiesta;
- esclusivamente mediante bonifico bancario su conto corrente bancario o postale intestato al richiedente.

Le erogazioni sono assoggettate alla normativa fiscale vigente.

La documentazione di spesa da allegare alla richiesta di rimborso dovrà risultare fiscalmente valida e, pertanto, saranno rimborsabili: fatture e/o ricevute di pagamento, scontrini fiscali, bollettini postali o MAV bancari, attestati di quietanza. Tutti i documenti devono essere trasmessi in formato PDF, caricandoli tramite apposita procedura online. Gestione Professionisti si riserva in qualsiasi momento di richiedere documentazione in originale e/o aggiuntiva e/o di verificare i dati o le dichiarazioni riportate nei documenti costituenti le pratiche. In caso di discordanza, fatte salve ulteriori azioni legali, decade il diritto alle prestazioni e il beneficiario sarà tenuto alla restituzione delle eventuali somme indebitamente ricevute.

CRITICAL ILLNESS

PIANO PREMIUM

*Indennità una tantum di € 15.000 a seguito di diagnosi di malattie gravi.
Età anagrafica massima anni 75.*

CHI PUO' FARE DOMANDA

I rimborsi previsti sono erogati direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti, titolari di copertura automatica o volontaria **Premium/Premium Plus** già attiva al momento dell'evento e la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 75** (settantacinque). In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

MALATTIE GRAVI CHE DANNO DIRITTO ALL'INDENNIZZO

L'indennizzo è previsto nel caso in cui al Professionista venga diagnosticata una tra le seguenti malattie:

- a) **Ictus Cerebrale**, definito quale accidente cerebrovascolare dovuto a emorragia o a infarto cerebrale (trombosi o embolia) che produce un danno neurologico permanente, riscontrabile chiaramente all'esame obiettivo e che permane per un periodo continuativo di almeno 30 giorni successivamente all'esordio dell'ictus, con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (a titolo esemplificativo e non esaustivo, in forma permanente: parestesie, disturbi della parola, debolezza agli arti di un lato, disturbi della sensibilità, confusione mentale, disturbi della vista). L'ictus cerebrale è indennizzabile solo se ne è stata accertata l'origine e riconosciute l'entità e la permanenza;
- b) **Cancro o tumore maligno**, caratterizzato da crescita e diffusione incontrollate di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Il cancro o tumore maligno per essere definito tale deve richiedere l'intervento chirurgico, la radioterapia o la chemioterapia. Sono inclusi anche il cancro o tumore maligno terminale, che può essere trattato solamente mediante terapie palliative;
- c) **Malattia dei motoneuroni**, caratterizzata da degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari (come atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica o sclerosi laterale primaria). Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente o continua per almeno 3 (tre) mesi.

Tutta la documentazione relativa alla malattia per la quale viene effettuata la richiesta deve essere successiva alla decorrenza del Piano Premium/Premium Plus (accertamenti, visite e/o analisi). In caso di certificazione in lingua straniera, sarà necessario produrre idonea traduzione della documentazione sanitaria.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- a) Ictus Cerebrale
 - Cartella Clinica e Relazione Medica in cui sia accertata l'origine dell'ictus cerebrale e ne siano riconosciute l'entità e la permanenza;
 - Risonanza magnetica, tac o altre tecniche.
- b) Cancro o tumore maligno
 - Cartella Clinica e Relazione Medica della patologia esistente contenente la diagnosi del cancro o tumore maligno;
 - Prova istologica di malignità confermata da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.
- c) Malattia dei motoneuroni
 - Cartella Clinica e Diagnosi della malattia da parte di uno specialista neurologo.

CRITICAL ILLNESS

COME FARE DOMANDA

Ciascun titolare di copertura – automatica o volontaria – con formula Premium/Premium Plus, già attiva al momento dell'evento, può presentare domanda di indennità con la seguente modalità:

1. Scaricare il **MODULO RICHIESTA CRITICAL ILLNESS**;
2. Compilare il modulo e allegare la documentazione richiesta, inviando la domanda:
 - Tramite PEC all'indirizzo gestioneprofessionisti@pec.ebipro.it;
 - Tramite e-mail all'indirizzo rimborsi.gp@ebipro.it;
 - Tramite raccomandata A/R indirizzata a Gestione Professionisti – Ebipro, Viale Pasteur n. 65 – 00144 Roma (RM).

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Sono esclusi i rischi di insorgenza di una malattia grave verificatasi a seguito di:

- a) Dolo dell'assicurato;
- b) Tentato suicidio;
- c) Atti volontari di autolesionismo, anche quando l'assicurato è in stato di incapacità di intendere o di volere;
- d) Patologie diverse da Ictus cerebrale, cancro o tumore maligno e malattia dei motoneuroni;
- e) Malattia grave conseguente a invalidità, malformazioni, stati patologici, malattie, infortuni, lesioni dell'assicurato, e le loro conseguenze dirette o indirette, preesistenti e diagnosticati e/o noti all'assicurato prima della data di inizio della copertura;
- f) Malattia grave insorta prima della decorrenza della copertura;
- g) Malattia grave provocata dall'uso di stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci o medicine in dosi non prescritte dal medico o da stato di alcolismo acuto o cronico;
- h) Malattia grave derivante da infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia collegata;
- i) Malattia grave insorta a causa di attività professionali che prevedano uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo.

Con riferimento all'**ictus cerebrale** sono, inoltre, esclusi:

- 1) Gli attacchi ischemici transitori (TIA);
- 2) Disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina ed eventi vascolari della colonna vertebrale;
- 3) Ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

Con riferimento al **cancro o tumore maligno** sono, inoltre, esclusi:

- 1) I carcinomi in situ;
- 2) Tumori benigni, pre-maligni, non invasivi o qualsiasi grado di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intra-epiteliali;
- 3) Tumori della pelle, ad eccezione del melanoma maligno superiore allo Stadio I come da manualistica AJCC sulla classificazione degli stadi della patologia;
- 4) Tumori della prostata classificati con punteggio Gleason non superiore a sei o come stadio inferiore a quello codificato T2N0M0;
- 5) Qualsiasi tumore in presenza di HIV;
- 6) Tumori della tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2 cm di diametro e descritti come T1 nella manualistica AJCC sulla classificazione degli stadi della patologia;
- 7) I casi di recidiva.

DISPOSIZIONI GENERALI

Saranno considerate valutabili le richieste inoltrate fino al 31/01/2027 esclusivamente mediante l'apposita procedura sopra descritta per malattie diagnosticate dal 01/01/2024 al 31/12/2026 e comunque non prima della attivazione della copertura con formula Premium/Premium Plus, che deve essere precedente alla diagnosi della malattia. Per ottenere l'indennità, il Professionista titolare di copertura Premium/Premium plus deve presentare la relativa richiesta entro trenta (30) giorni dalla data in cui è stata certificata la patologia. Gestione Professionisti liquiderà l'indennizzo a seguito della prima diagnosi di una affezione critica. L'indennizzo, una tantum (unica ed irripetibile) per iscritto, è erogabile una (1) sola volta nell'arco dell'intera iscrizione a Gestione Professionisti, anche in caso di iscrizione discontinua. La possibilità di richiedere ulteriori indennizzi cessa in automatico al momento della prima liquidazione dell'indennizzo stesso, a prescindere dal numero di affezioni critiche riferibili al Professionista titolare di copertura. Ferma restando la valutazione sulla rimborsabilità delle prestazioni richieste, saranno liquidate malattie diagnosticate dal 01/01/2024 al 31/12/2026. Si estendono, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal Regolamento della Gestione Professionisti in vigore e dal Regolamento Prestazioni Dirette GP (disponibile al sito www.gestioneprofessionisti.it).

Prestazioni a rimborso Spese Odontoiatriche

PIANO BASE – PREMIUM

Impianto Osteointegrato comprensivo di corona per riabilitazione protesica	Importo rimborsato 30% fino a € 1.300
Trattamento ortodontico finalizzato all'allineamento dentale	Massimo rimborsabile fino a € 800 (una tantum)
Corone di qualunque materiale su denti e radici naturali	Importo rimborsato 30% fino a € 250
Detartrasi garanzia sperimentale 2026 fino al raggiungimento del plafond totale previsto di € 250.000	Importo rimborsabile fino a € 50
Faccette dentali o veneers in ceramica o composito garanzia sperimentale 2026	Importo rimborsato 30% fino a € 500 (una tantum)
Cure odontoiatriche conseguenti ad infortunio certificato da Pronto Soccorso	Importo rimborsato 50% fino a € 1.000
Servizi PRONTO FAS e FAS A CASA	Senza limite

CHI PUO' FARE DOMANDA

I rimborsi previsti sono erogati da FAS in favore dei Professionisti titolari di copertura principale automatica o volontaria attiva (Base, Premium o Infortuni&Welfare).

Per i Professionisti titolari di copertura volontaria attiva, i rimborsi possono essere richiesti dal 1° giorno del 13° mese di copertura ovvero, in caso di copertura volontaria (non automatica) solo successivamente alla decorrenza del primo rinnovo annuale.

La copertura deve essere comunque attiva al momento della presentazione della domanda.

INFORMAZIONI E CONTATTI

Per ottenere informazioni relative al pacchetto RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE GP/FAS ANDI in merito a:

- **attivazione pacchetto:** contattare BeProf mediante chat on line h24 disponibile da App BeProf o da www.beprof.it
- **assistenza piattaforma FAS ANDI:** www.andisalute.it, assistenza.beprof@andisalute.it,
- TEL. 0425_1600104
- **informazioni sui contenuti del pacchetto e sulle modalità di assistenza:** FAS ANDI TEL. 06_29401047, ore 9.15/12.00 e 13.30/17.30 dal lunedì al venerdì
- **stato lavorazione richiesta inoltrata e liquidazione rimborsi:** rimborsi.beprof@andisalute.it
- **centrale operativa servizio "PRONTO FAS"** per il pacchetto di prestazioni socio-assistenziali odontoiatriche di emergenza TEL. 06_87765499

RIMBORSO SPESE PER IMPLANTOLOGIA

PIANO BASE - PREMIUM

Rimborso del 30% e fino ad € 1.300

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso previsto è fino a 3 **impianti osteointegrati, comprensivi di corona, per riabilitazione protesica di un elemento dentale mancante**, con i seguenti massimali:

- **30%** e fino ad **€ 500,00** per singolo impianto;
- **30%** e fino ad **€ 900,00** per due impianti nel medesimo piano di cura;
- **30%** e fino ad **€ 1.300,00** per tre o più impianti nel medesimo piano di cura.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

a) **ricevuta fiscale o fattura quietanzata**, con ricevuta di avvenuto pagamento, riportante il nome del Medico Odontoiatra che ha eseguito la prestazione o in alternativa il nominativo del direttore sanitario della struttura ed indicata la prestazione effettuata e il numero dei denti trattati;

b) **copia degli esami radiografici pre e post cura (es. ortopantomografia)** in formato digitale JPEG o PDF che evidenzino l'elemento interessato con data e nome del paziente titolare di copertura che effettua la richiesta. In alternativa all'esame radiografico post cura è accettata documentazione fotografica intraorale dalla quale si evidenzia l'impianto in situ e fotografia intraorale dalla quale si evidenzia la corona inserita sull'impianto;

c) **certificato di conformità della riabilitazione protesica.**

RIMBORSO SPESE PER TRATTAMENTO ORTODONTICO

PIANO BASE - PREMIUM

Una Tantum fino a € 800

Per trattamento ortodontico si intende qualsiasi procedura praticata al fine di allineare o spostare i denti con lo scopo di migliorare la dentatura sia in termini estetici che funzionali. A tal fine possono essere utilizzati i seguenti strumenti:

- apparecchio fisso, dispositivo ancorato ai denti mediante i cosiddetti attacchi ortodontici;
- apparecchio mobile, dispositivo che può essere applicato e rimosso dal paziente in modo autonomo (mascherine mobili invisibili e/o apparecchi mobili ortodontici).

Il rimborso è unico e irripetibile ed è erogabile una sola volta nell'arco dell'intera iscrizione a Gestione Professionisti, anche in caso di iscrizione discontinua. La possibilità di richiedere ulteriori rimborsi per la stessa garanzia cessa in automatico al momento della prima liquidazione del rimborso stesso, a prescindere dal numero di trattamenti ortodontici effettuati dal Professionista titolare di copertura. Qualora il rimborso definito sulla base della domanda presentata fosse di importo inferiore al massimale indicato non può comunque essere presentata una ulteriore domanda.

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso è previsto in caso di trattamento ortodontico finalizzato all'allineamento dentale ed è **pari a € 500,00, importo elevato a € 800,00** in caso di applicazione di mascherine ortodontiche invisibili, ed è riservato esclusivamente ai Professionisti che **dimostrino di aver effettuato da non oltre un anno dall'inizio del trattamento ortodontico almeno una seduta di igiene orale.**

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

a) **copia della fattura quietanzata relativa alla prestazione di igiene orale** effettuata da non oltre un anno dall'inizio del trattamento ortodontico;

b) **ricevuta fiscale o fattura quietanzata**, con ricevuta di pagamento, riportante il nome del Medico Odontoiatra che ha eseguito la prestazione o in alternativa il nominativo del direttore sanitario della struttura ed indicata la prestazione effettuata.

RIMBORSO SPESE PER CORONE

PIANO BASE - PREMIUM

Rimborso del 30% e fino ad € 250

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso previsto è per **una Corona di qualunque materiale su denti e radici naturali**.

Sono escluse le spese sostenute per corone applicate a seguito di impianto osteointegrato il cui rimborso è previsto nella relativa garanzia. Il rimborso si applica esclusivamente al costo della corona definitiva. Sono esclusi dal rimborso i costi sostenuti per manufatti provvisori e/o qualsiasi altra tipologia di prestazione.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- ricevuta fiscale o fattura quietanzata**, con ricevuta di avvenuto pagamento, riportante il nome del Medico Odontoiatra che ha eseguito la prestazione o in alternativa il nominativo del direttore sanitario della struttura ed indicata la prestazione effettuata e il numero dei denti trattati;
- fotografie o radiografie** in formato digitale dell'elemento trattato prima e dopo la protesi con data e nome del paziente;
- certificato di conformità** della riabilitazione protesica.

RIMBORSO SPESE PER CURE ODONTOIATRICHE CONSEGUENTI AD INFORTUNIO

PIANO BASE - PREMIUM

Rimborso del 50% e fino ad € 1.000

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso previsto è per **Cure odontoiatriche conseguenti ad infortunio** certificato da Pronto Soccorso.

Rientrano fra le terapie previste:

- Reimpianto di dente in estrazione traumatica e splintaggio;
- Splint di elemento lussato; Fratture coronali con o senza interessamento della polpa: terapia canalare resasi necessaria in seguito a frattura, ricostruzione coronale;
- Ricostruzione con perno e protesi fissa; Estrazione in caso di frattura radicolare e ripristino dell'elemento con Maryland oppure impianto, abutment e corona provvisoria e definitiva.

Ai fini del rimborso le cure devono essere effettuate entro 1 anno dall'evento.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

- ricevuta fiscale o fattura quietanzata**, con ricevuta di avvenuto pagamento, riportante il nome del Medico Odontoiatra che ha eseguito la prestazione o in alternativa il nominativo del direttore sanitario della struttura ed indicata la prestazione effettuata e il numero dei denti trattati;
- referto di Pronto Soccorso** con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali;
- radiografie e referti radiologici** in formato digitale rilasciati da medico chirurgo specialista in radiodiagnostica con data e nome del paziente; Oppure radiografia endorale eseguita da odontoiatria curante.

DETARTRASI – GARANZIA SPERIMENTALE 2026

PIANO BASE - PREMIUM

Rimborso fino ad € 50

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso previsto è per una **seduta di igiene orale – ablazione del tartaro**.

Garanzia sperimentale 2026 con plafond massimo per la garanzia € 250.000,00. In caso di conferma della garanzia anche per l'annualità 2027, il rimborso è erogabile per ciascun richiedente una sola volta nel biennio 2026-2027 e comunque a capienza del plafond annuale disponibile. Le richieste saranno verificate e liquidate in ordine cronologico di ricezione delle domande complete della necessaria documentazione, fino al raggiungimento del plafond previsto, successivamente al quale la garanzia sarà sospesa, e le domande pervenute non saranno liquidabili e saranno respinte.

Sono escluse le prestazioni parodontali come, per esempio, courettage a cielo aperto o chiuso, e le prestazioni di sbiancamento dei denti anche se effettuati con prophy o altre attrezzature.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

a) **ricevuta fiscale o fattura quietanzata**, con ricevuta di pagamento, riportante il nome del Medico Odontoiatra che ha eseguito la prestazione o in alternativa il nominativo del direttore sanitario della struttura ed indicata la prestazione effettuata.

FACCETTE DENTALI O VEENERS – GARANZIA SPERIMENTALE 2026

PIANO BASE - PREMIUM

Una Tantum con rimborso del 30% e fino ad € 500

SPESE RIMBORSABILI

Il rimborso previsto per l'applicazione delle **Faccette dentali o Veeners in ceramica o composito su denti naturali frontali (elementi da 13 a 23 oppure da 43 a 33)**.

Il rimborso si applica esclusivamente al costo della faccetta definitiva e al costo delle prestazioni nel caso di faccette "ad iniezione" e può essere richiesto solo a completamento della cura, in unica soluzione.

Sono esclusi dal rimborso i manufatti provvisori e qualsiasi altra tipologia di prestazione.

Il rimborso è unico e irripetibile ed è erogabile una sola volta nell'arco dell'intera iscrizione a Gestione Professionisti, anche in caso di iscrizione discontinua. La possibilità di richiedere ulteriori rimborsi per la stessa garanzia cessa in automatico al momento della prima liquidazione del rimborso stesso, a prescindere dal numero di trattamenti ortodontici effettuati dal Professionista titolare di copertura. Qualora il rimborso definito sulla base della domanda presentata fosse di importo inferiore al massimale indicato non può comunque essere presentata una ulteriore domanda.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

a) **ricevuta fiscale o fattura quietanzata**, con ricevuta di pagamento, riportante il nome del Medico Odontoiatra che ha eseguito la prestazione o in alternativa il nominativo del direttore sanitario della struttura ed indicata la prestazione effettuata e il numero dei denti trattati;

b) **foto** degli elementi interessati pre e post cura;

c) **certificato di conformità** del manufatto.

COME FARE DOMANDA

IMPLANTOLOGIA, ORTODONZIA, CORONE, DETARTRASI, FACCETTE, INFORTUNIO

La richiesta può essere inoltrata dal 01/01/2026 a tutto il 31/12/2027 esclusivamente con la seguente modalità:

- registrarsi/accedere a **BeProf** (scaricando l'app per smartphone dagli App store Android o IOs o la versione desktop all'indirizzo <https://app.beprof.it>);
- nel menù "**PRODOTTI E SERVIZI/CATALOGO/SALUTE E WELFARE**" cliccare sulla voce "**RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE**" che contiene una breve descrizione della prestazione e, tramite il tasto **PROCEDI**, consente l'accesso alla piattaforma ANDI FAS per completare la registrazione nell'area riservata, dopo aver letto ed accettato le disposizioni relative al piano RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE;
- entro 24 ore si riceveranno mediante email le credenziali di accesso alla piattaforma ANDI FAS e il link di conferma per l'invio della domanda. Controllare la ricezione della mail anche nella sezione spam o posta indesiderata del proprio account. Qualora non si sia comunque ricevuta la mail di benvenuto, accedere al [sito Fas](#) e cliccare su "Hai dimenticato la password?";
- a seguito dell'inserimento delle credenziali ricevute da ANDI FAS si viene reindirizzati alla piattaforma BeProf, nella sezione **SALUTE E WELFARE – RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE**. Cliccando sul tasto «Gestisci» si accede alla pagina web per il caricamento della richiesta di rimborso;
- selezionare il tasto «**Nuova pratica di rimborso**»;
- caricare la documentazione prevista;
- inviare la richiesta utilizzando la funzione on line "**Invia richiesta**".

Attenzione: non saranno prese in considerazione in alcun caso richieste compilate e inviate con modalità diversa da quella prevista e resa disponibile da piattaforma BeProf e Gestione Professionisti e richieste inoltrate da Professionisti che non abbiano completato la registrazione nella piattaforma FAS ANDI.

TERMINI PER LA RICHIESTA

Saranno considerate valutabili le richieste inoltrate esclusivamente mediante l'apposita procedura descritta al punto 12 e comunque non prima della attivazione della copertura (con le specifiche di cui al punto 2) ed **entro 90 giorni dalla data della fattura quietanzata** per cui si richiede il rimborso. **Richiesta solo a saldo (esclusione acconti):** il rimborso è riconosciuto esclusivamente previa presentazione della documentazione completa e solo a saldo della prestazione. Non saranno valutate né rimborsate fatture di acconto, pro-forma o documenti non quietanzati.

Regola di imputazione al "periodo annuale" (caso acconto/saldo su anni diversi): ai fini dell'ammissibilità e dell'applicazione del massimale, la richiesta ricade nel periodo annuale in cui è emessa la fattura a saldo (o documento fiscalmente equivalente) relativa alla conclusione del piano di cura ed è comprovato il pagamento. Esempio: acconto nel 2026 e saldo nel 2027 → la pratica è presentabile nel periodo annuale in cui cade la fattura a saldo del 2027, se il progetto è in vigenza e se la prestazione rientra nei periodi di validità previsti.

DISPOSIZIONI GENERALI

Ferma restando la valutazione sulla rimborsabilità delle prestazioni richieste che sarà effettuata esclusivamente da FAS ANDI, saranno erogati i servizi e rimborsate esclusivamente le spese previste dal relativo Regolamento nei limiti e termini indicati. Si estendono al presente progetto, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal Regolamento della Gestione Professionisti in vigore, disponibile sul sito www.gestioneprofessionisti.it

L'interessato può effettuare le prestazioni odontoiatriche presso lo studio odontoiatrico di fiducia secondo il principio di libera scelta del medico curante. Saranno rimborsabili le spese sostenute per le prestazioni eseguite presso i Medici ed Odontoiatri regolarmente iscritti presso l'albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia e presso le società annotate allo stesso (le Società tra Professionisti). **NON saranno rimborsate le spese sostenute per prestazioni eseguite presso altri soggetti seppur autorizzati allo svolgimento di attività odontoiatriche.**

PRONTO FAS: SERVIZIO DI TELEVISITA ODONTOIATRICA

PIANO BASE - PREMIUM

Senza limite

BENEFICIARI

Sono beneficiari del servizio tutti i Professionisti titolari di copertura che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- Invalidità di grado almeno pari al 66%;
- Invalidità grave e temporanea con periodo di prognosi pari ad almeno 90 giorni che impedisca all'assistito di muoversi dalla propria abitazione e dal luogo di degenza in autonomia;
- Non autosufficienza temporanea o permanente;
- Impossibilità di recarsi dal proprio dentista per via di una trasferta lavorativa o viaggio di svago;
- Ogni altra situazione che renda necessaria un'attività di tele visita per un'urgenza odontoiatrica dichiarata dall'iscritto che si trovi impossibilitato a raggiungere lo studio professionale.

Ai fini della valutazione dello stato di invalidità o di non autosufficienza faranno fede le certificazioni prodotte dall'iscritto emesse dall'INPS ai sensi delle norme in materia di invalidità e di indennità di accompagnamento e, nel caso di Invalidità grave e temporanea con periodo di prognosi pari ad almeno 90 giorni, le certificazioni della ASL di competenza o di struttura sanitaria pubblica competente.

SERVIZI INCLUSI

1. Presa in carico da parte della centrale operativa. Il servizio si attiva con una chiamata effettuata dal soggetto in copertura o dai suoi care-givers alla Centrale Operativa che avrà la responsabilità di:

- fornire tutte le informazioni necessarie all'utilizzo corretto del servizio;
- aprire la pratica attraverso la raccolta dei primi dati anagrafici e la valutazione dell'esistenza della copertura in favore del richiedente;
- compilazione di una scheda anamnestica (via telefono o app), raccogliere e conservare le certificazioni mediche e gli altri documenti comprovanti la condizione di accesso;
- attivare prontamente, e comunque entro 4 ore dalla chiamata, il servizio di triage telefonico in presenza dei requisiti previsti dalla copertura sottoscritta dal richiedente il servizio.

2. Tele visita da parte dell'odontoiatra del Triage. Laddove la Centrale Operativa riscontri tutti gli elementi per l'attivazione del servizio, entro 4 ore attiverà il servizio di valutazione odontoiatrica telefonica, definito triage, che sarà effettuato da un'odontoiatra adeguatamente formato da FAS per svolgere un completo servizio di tele visita anche attraverso adeguati applicativi di telemedicina, come per esempio un'app che consenta la videochiamata, lo scambio di documenti e analisi, nonché un sistema di chatbot e comunicazioni interattive tra medico e paziente. Nello svolgimento dell'attività di triage, l'odontoiatra si impegna a rispettare tutte le norme, le buone pratiche e la deontologia legate alla sua professione.

COME FARE RICHIESTA

Per l'attivazione del servizio di assistenza è necessario contattare la Centrale Operativa DI FAS A CASA al numero **0687765499**, che attiverà a sua volta il servizio di triage. Il servizio di Triage, effettuato da un medico odontoiatra disponibile dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 20:00, il sabato e i prefestivi dalle 8:00 alle 13:00 (esclusi domenica e festivi).

FAS A CASA: SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE D'URGENZA

PIANO BASE - PREMIUM

Senza limite

BENEFICIARI

Sono beneficiari del servizio tutti i Professionisti titolari di copertura che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- Invalidità di grado almeno pari al 66%;
- Invalidità grave e temporanea con periodo di prognosi pari ad almeno 90 giorni che impedisca all'assistito di muoversi dalla propria abitazione e dal luogo di degenza in autonomia;
- Non autosufficienza temporanea o permanente.

Ai fini della valutazione dello stato di invalidità o di non autosufficienza faranno fede le certificazioni prodotte dall'iscritto emesse dall'INPS ai sensi delle norme in materia di invalidità e di indennità di accompagnamento e, nel caso di Invalidità grave e temporanea con periodo di prognosi pari ad almeno 90 giorni, le certificazioni della ASL di competenza o di struttura sanitaria pubblica competente.

SERVIZI INCLUSI

1. **Presa in carico e televisita** da parte del Triage (trriage e gestione del rapporto con il medico di fiducia o con il medico della rete FAS);
2. **Visita domiciliare d'urgenza**;
3. **Rimborso della prestazione domiciliare** secondo i limiti e i protocolli individuati di seguito.

Protocollo di interventi in garanzia: qualora, ad insindacabile giudizio del Triage si renda necessario un intervento domiciliare "in garanzia", il medico addetto al Triage attiverà la procedura per l'invio di un odontoiatra al domicilio, che potrà essere il dentista di fiducia della famiglia, contattato direttamente dal paziente o un odontoiatra incaricato dal FAS e da questo inviato al domicilio del paziente. Nella copertura rientrano esclusivamente i seguenti interventi:

- a) Trattamento di fratture di protesi mobili; ricementazione di protesi fisse decementate. La rottura o il distacco della protesi mobile o aggiustamenti protesici: riparazione della protesi ed eventuale riconsegna in un appuntamento successivo o cementazione della protesi fissa decementata;
- b) Riduzione delle irregolarità smalto dentinali al fine di prevenire eventuali lesioni mucose; trattamento temporaneo con cementi vetroionomerici di cavità residue da distacco di precedenti terapie conservative;
- c) Trattamento delle urgenze antalgico-infettive con sola terapia medica, previo consulto con il medico curante;
- d) Estrazione di denti compromessi parodontalmente, in assenza di rischio clinico accertato o sospetto.

Il rimborso del servizio viene effettuato massimo una volta l'anno in costanza di operatività della copertura e nelle seguenti modalità:

- 1) Se il professionista che effettua la visita domiciliare è stato scelto dal triage tra gli odontoiatri territoriali di ANDI aderenti all'iniziativa: il FAS rimborserà direttamente il professionista, sostituendosi nel pagamento al paziente che dovrà sostenere solo le eventuali spese non coperte;
- 2) Se l'odontoiatra che effettua la visita in seguito alla chiamata del triage è quello di fiducia, l'assistito anticiperà la spesa e chiederà successivamente il rimborso su area dedicata del sito FAS.

FAS A CASA: SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE D'URGENZA

PIANO BASE - PREMIUM

Senza limite

COME FARE RICHIESTA

Per l'attivazione del servizio di assistenza è necessario contattare la Centrale Operativa che attiverà a sua volta il servizio di triage. Il servizio di Triage, effettuato da un medico odontoiatra disponibile dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 20:00, il sabato e i prefestivi dalle 8:00 alle 13:00 (esclusi domenica e festivi), nel più breve tempo possibile e comunque entro 4h dalla ricezione dell'avviso da parte della Centrale Operativa fornirà una valutazione specialistica immediata e determinerà la eventuale necessità di un pronto intervento riferito al protocollo di seguito illustrato. In tal caso il triage si attiverà al fine di garantire all'assistito una cura domiciliare che risolva lo stato di urgenza contattando il dentista di fiducia dell'assistito concordando con lui l'intervento. Laddove il dentista non fosse disponibile, verrà contattato un odontoiatra della Rete ANDI che effettuerà l'intervento. Il FAS provvede al rimborso della spesa all'odontoiatra della Rete o al rimborso della fattura prodotta dall'iscritto con le modalità indicate in Regolamento.

Tutte le informazioni sull'utilizzo del servizio verranno fornite dalla centrale operativa che guiderà l'Assistito fino alla chiusura della pratica e alla compilazione del modulo di gradimento. Le prestazioni di assistenza, ad eccezione di quelle di natura medica-odontoiatrica, saranno erogate dal FAS, direttamente o attraverso enti e strutture adeguatamente selezionate e controllate. Le prestazioni rimborsabili saranno quelle eseguite presso i Medici ed Odontoiatri regolarmente iscritti presso l'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia, e presso le società annotate allo stesso (le Società tra Professionisti): Non si rimborseranno le prestazioni eseguite presso altri soggetti seppur autorizzati allo svolgimento di attività odontoiatriche.

Cyber Risk

Copertura delle perdite patrimoniali involontariamente cagionate a Terzi, conseguenti alla Violazione della Privacy e dei Dati e alla Violazione del Sistema Informatico (Responsabilità civile).



CYBER RISK

PIANO BASE - PREMIUM

La disponibilità per anno solare è di € 15.000, con franchigia di € 1.000

CHI PUO' FARE DOMANDA

Gli indennizzi previsti sono erogati da Allianz SPA in favore dei Professionisti richiedenti, titolari di copertura automatica o volontaria principale (Base o Premium o Infortuni&Welfare).

Ai fini dell'indennizzo la copertura deve risultare attiva al momento dell'evento.

Gli indennizzi sono erogati per eventi intervenuti successivamente all'attivazione della copertura principale (Base o Premium o Infortuni&Welfare).

Ai fini dell'attivazione della garanzia Cyber Risk non sono dovuti dal Professionista titolare di copertura costi aggiuntivi oltre a quelli previsti per l'attivazione del Piano Assistenza Professionisti.

GARANZIA PREVISTA

La garanzia Cyber Risk prevede la copertura per Responsabilità civile per le perdite patrimoniali involontariamente cagionate a Terzi, comprese quelle derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività, conseguenti esclusivamente alle seguenti fattispecie di danno:

- “Violazione della Privacy e dei dati”: la società indennizza il Professionista titolare di copertura di quanto sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento di danni patrimoniali involontariamente cagionati a Terzi, compresi quelli derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività, a causa della perdita, del trattamento improprio, dell'uso fraudolento e/o non autorizzato dei dati personali dei Clienti ad opera di terzi e/o per colpa delle persone delle quali il titolare debba rispondere;
- “Violazione del sistema informatico”: la società indennizza il Professionista titolare di copertura di quanto sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento di danni patrimoniali involontariamente cagionati a Terzi, compresi quelli derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività a causa della violazione del Sistema Informatico ad opera di terzi e/o per colpa delle persone delle quali il titolare debba rispondere.

La copertura non opera in caso di responsabilità per danni consistenti in morte, lesioni personali, danni a cose involontariamente cagionati a terzi e per perdite patrimoniali non conseguenti a “Violazione della Privacy e dei Dati” e a “Violazione del Sistema Informatico”.

Non sono previsti indennizzi al Professionista titolare di copertura per tutti i danni patrimoniali e/o spese sostenute in conseguenza sia di violazione della privacy e dei dati o del sistema informatico sia di qualsiasi altra causa.

DENUNCIA DELL'EVENTO E RICHIESTA DI INDENNIZZO

Qualora si verifichi un evento ed il Professionista titolare di copertura intenda chiedere l'indennizzo previsto, il medesimo deve darne avviso scritto ad Allianz Agenzia ROMA CIVITUS – Viale Bruno Buozzi 11/13, 00197, Roma

roma59@ageallianz.it – Tel. 06/8075246, fax. 06/92933476

rif polizza collettiva n. 501225780, entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile. I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa ai precedenti sinistri) o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio: la modifica dell'attività assicurata) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della tutela Cyber Risk. La garanzia Responsabilità civile Cyber Risk copre gli eventi che avvengono nel territorio di tutti i Paesi del Mondo esclusi USA e Canada.

CYBER RISK

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

La garanzia Cyber Risk non opera nei seguenti casi:

- a) Violazioni delle disposizioni di legge o normative quali: violazione delle disposizioni della legge antitrust o sulla libera concorrenza, pubblicità ingannevole, spionaggio industriale, concorrenza sleale, violazioni della legge sui brevetti o di segreti commerciali o aziendali comprese le perdite e i Danni dovuti alla decadenza del brevetto che siano stati causati da una Violazione della sicurezza dei Dati, Violazione di leggi e normative fiscali;
- b) Inadempimento di obbligazioni di natura contrattuale e/o di risultato non derivanti direttamente dalla legge;
- c) Atti di guerra, invasioni o operazioni belliche, guerre civili, ribellioni, rivoluzioni, sommosse, insurrezioni civili, atti delle autorità o atti terroristici;
- d) Trasferimento elettronico di fondi o somme di denaro o titoli in genere o criptovaluta;
- e) Compravendita o negoziazione di azioni, quote capitali o altri titoli, compreso l'utilizzo di informazioni riservate;
- f) Violazioni della sicurezza delle informazioni che abbiano ricadute sul prezzo di azioni e/o di titoli in genere;
- g) Dolo e infedeltà delle persone di cui il titolare debba rispondere;
- h) Uso di mobile devices e simili;
- i) RegISTRAZIONI video o audio non autorizzate;
- j) Progettazione, costruzione, fabbricazione, monitoraggio di impianti nucleari o atomici;
- k) Arresto pianificato dell'hardware, dei sistemi di trattamento o di telecomunicazione dei Dati e relativo cablaggio;
- l) Contenuto pornografico;
- m) Concorsi e giochi a premi in genere;
- n) Personale autorizzato, dipendente o non, già condannato per atti dolosi o fraudolenti e del cui fatto il titolare era o doveva essere a conoscenza, nonché dalla condotta tenuta da Prestatori di lavoro cessati da incarichi lavorativi, qualora il Sinistro sia avvenuto utilizzando le credenziali di accesso non rimosse dal titolare;
- o) Multe, ammende e sanzioni fiscali inflitte al titolare o di cui questo sia obbligato o coobbligato in solido;
- p) Penali contrattuali, danni punitivi di qualunque natura;
- q) Vizi di costruzione, vizi occulti, errori nella progettazione, usura, deterioramento graduale, qualunque malfunzionamento o errore nella programmazione o errore o omissione nello sviluppo del Sistema informatico del titolare o utilizzo di Programmi non autorizzati;
- r) Mancata o non tempestiva attività di manutenzione o di aggiornamento di hardware e software;
- s) Malware.

SOGGETTI ESCLUSI

Con riferimento «GARANZIA PREVISTA», non sono considerati “terzi”:

- il legale rappresentante del Professionista titolare, i soci a responsabilità illimitata, gli amministratori e i loro coniugi, genitori e figli;
- il coniuge, i genitori e i figli del Professionista titolare;
- le società che siano qualificabili, verso il Professionista titolare, come controllanti, controllate, collegate ai sensi dell'art. 2359 cod. civ.

CYBER RISK

PRESENTAZIONE DI RECLAMI E RISOLUZIONE DI CONTROVERSIE

ALL'IMPRESA ASSICURATRICE: Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:
o con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano;

o tramite il sito internet dell'Impresa - www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami.

L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. In tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

AII'IVASS: In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

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

In tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria. PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- MEDIAZIONE (obbligatoria): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n.98);

- NEGOZIAZIONE ASSISTITA: può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa;

- ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE:

a) arbitrato: In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.

b) risoluzione delle liti transfrontaliere: Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

Convenzioni

PIANO BASE – PREMIUM

PLP/Psicologo di Base®

per tariffe agevolate per le spese sostenute in caso di consulenza psicologica

INNOVABIOHEALTH

per Test e Analisi specifiche a domicilio

**SALMOIRAGHI & VIGANO'
GRAND VISION**

per l'acquisto di occhiali da vista, occhiali da sole e lenti a contatto

**PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
PMA**

per tariffe scontate

TEST SIEROLOGICO E TAMPONI PER COVID-19

per tariffe agevolate



PLP/PSICOLOGO DI BASE®

Da gennaio 2025 Gestione Professionisti e BeProf attivano una convenzione con Psicologo di Base®, un Progetto di Mind Group s.r.l., Associata Collettiva di PLP Psicologi Liberi Professionisti, per offrire ai Professionisti titolari di copertura tariffe agevolate per le spese sostenute in caso di consulenza psicologica.

Gli psicologi e le psicologhe PLP, iscritti al Progetto Psicologo di Base®, garantiscono ai professionisti titolari di copertura GP/BeProf la tariffa ridotta (€ 40) per ciascuno dei primi tre colloqui di consulenza psicologica o psicoterapia.

Perché “i primi 3 colloqui”?

Perché un solo colloquio può non essere sufficiente per una Consulenza Psicologica che, di norma, richiede almeno 3 colloqui per:

- accogliere e analizzare la domanda di aiuto;
- comprendere assieme alla persona il tipo di disagio e la problematica portata (ipotesi diagnostica);
- condividere con la persona la prognosi e le possibilità di intervento di Cura (Sostegno Psicologico o Psicoterapia).

Tariffe calmierate per i colloqui successivi al terzo

Dopo i primi 3 colloqui al costo agevolato di 40 euro a seduta, tutti gli Psicologi e Psicoterapeuti del Portale Psicologo di Base aderiscono al seguente Tariffario*:

Seduta di consulenza e/o sostegno psicologico individuale

€ 70

Seduta di consulenza e/o sostegno psicologico alla coppia e alla famiglia

€ 100 (60 minuti)

€ 120 (75 minuti)

Seduta di consulenza e/o sostegno al gruppo (max 12 partecipanti)

€ 40

*Gli importi indicano il TETTO MASSIMO DEL COSTO di ogni singola prestazione, sia in presenza che online. Questo vuol dire che lo Psicologo Psicoterapeuta, che aderisce al progetto, può decidere liberamente una tariffa più bassa, considerando le specifiche necessità e possibilità economiche di ogni singola persona, mentre non può superare il tetto massimo delle prestazioni indicate nel seguente tariffario.

Per usufruire della convenzione visita il sito <https://psyplp.it/convenzione-plp-psicologo-di-base-beprof/>

La convenzione si affianca alla garanzia Rimborso spese per consulenza psicologica del pacchetto Prestazioni Dirette Gestione Professionisti, consente ai Professionisti titolari di copertura automatica o volontaria di ottenere il rimborso delle spese sostenute per consulenza psicologica nella misura del:

- 50% fino al massimale di € 350,00
- 30% fino al massimale di € 200,00

INNOVABIOHEALTH

Gestione Professionisti da gennaio 2025 attiva la convenzione Innovabiohealth offrendo ai professionisti titolari di copertura tariffe agevolate per effettuare comodamente da casa una serie di analisi, esami e test nell'ambito della diagnostica di laboratorio, genomica, medicina digitale, diagnostica prenatale.

I Professionisti titolari di copertura e i loro familiari potranno accedere direttamente al link del portale dedicato <https://www.gestioneprofessionisti.medinclick.com/> e consultare l'elenco specifico delle prestazioni disponibili.

La convenzione consente ai professionisti titolari di copertura di acquistare in autonomia le prestazioni disponibili usufruendo di uno sconto pari al 10% sul prezzo di tutti i test offerti (esami di laboratorio, test, percorsi nutrizionali, personal genomics, videoconsulti).

Innovabiohealth si avvale di qualificati laboratori di analisi partner, cui viene affidata l'esecuzione delle analisi sui campioni raccolti, di professionisti e di strutture sanitarie autorizzate a tal scopo.

Gestione Professionisti promuove la Convenzione dedicata ai propri Iscritti, ma in nessun caso potrà fornire informazioni riguardo i prodotti innovabiohealth. Per tutto ciò che concerne l'acquisto, la gestione operativa e/o la necessità di assistenza, il rapporto è da intendersi direttamente tra innovabiohealth e l'Iscritto.

SALMOIRAGHI & VIGANO' – GRAND VISION

Da gennaio 2024 Gestione Professionisti e Beprof attivano una convenzione con EssilorLuxottica per l'acquisto di occhiali da vista, occhiali da sole e lenti a contatto nei negozi Salmoiraghi & Viganò e GrandVision.

Sono state riservate, pertanto, condizioni agevolate in favore di tutti i titolari di copertura e loro familiari, con promozioni e servizi dedicati in tutti i punti vendita Salmoiraghi & Viganò e GrandVision:

Nei negozi ad insegna SALMOIRAGHI & VIGANO'	
Occhiali da Vista e da Sole completi di lenti graduate In caso di promozioni in corso si applicheranno i seguenti sconti aggiuntivi:	sconto 30%
se con lenti monofocali	sconto € 20
se con lenti multifocali	sconto € 50
Lenti da vista graduate (senza montatura)	sconto 30%
Occhiali da Sole	sconto 20%
Lenti a contatto	sconto 50% sulla seconda confezione acquistata
Colliri e Soluzioni (compreso spray antifog):	sconto 10%

Nei negozi ad insegna GRAND VISION	
Occhiali da Vista e da Sole completi di lenti graduate (sempre in promo continua):	
se coppia di lenti monofocali	sconto € 20
se coppia lenti multifocali	sconto € 50
Lenti da vista graduate (sempre in promo continuativa):	
se coppia di lenti monofocali	sconto € 20
se coppia lenti multifocali	sconto € 50
Occhiali da Sole	sconto 20%
Lenti a contatto	sconto 50% sulla seconda confezione acquistata
Colliri e Soluzioni (compreso spray antifog)	sconto 10%

La convenzione EssilorLuxottica si affianca alla garanzia RIMBORSO LENTI DA VISTA, introdotta da gennaio 2024 da Gestione Professionisti e BeProf che consente ai titolari di copertura di ottenere un rimborso nella misura del 20% sulle spese sostenute per l'acquisto di LENTI DA VISTA PER OCCHIALI o, in alternativa, di LENTI A CONTATTO CORRETTIVE (di qualsiasi tipologia) per difetti visivi, sia da vicino che da lontano, senza limitazione di correzione sul difetto riscontrato, fino a € 80. I rimborsi sono liquidati direttamente da Gestione Professionisti su domanda da effettuare dalla piattaforma BeProf.

SALMOIRAGHI & VIGANO' – GRAND VISION

Inoltre, sempre a favore dei titolari di copertura e loro familiari, sono messi a disposizione i seguenti servizi in negozio:

- **Bonus prevenzione** (solo nei negozi Salmoiraghi & Viganò): l'erogazione di uno sconto pari al costo della visita oculistica fino ad un massimo di 100 € sull'acquisto di un occhiale da vista o da sole graduato che comporti una spesa minima di 300 € pre-sconto; tale sconto è cumulabile con altre promozioni in corso nel punto vendita;
- Check-up della vista gratuito con ottici professionisti che include test di acuità visiva e test di rifrazione;
- Prima applicazione lenti a contatto: per chi non ha mai indossato lenti a contatto o desidera cambiare tipologia di lente, supporto nella prima applicazione tramite una consulenza e campioni di prova gratuiti.

Per ottenere il codice riservato, necessario per scaricare i voucher da presentare in negozio: registrarsi/accedere a [BeProf](#), sezione Prodotti e Servizi – I miei servizi attivi – Salute e Welfare – Convenzione EssilorLuxottica e copiare il codice.

Per scaricare i voucher con cui usufruire dei vantaggi riservati: effettuare la registrazione al portale: <https://www.convenzioniretailottica.it>, cliccare su "REGISTRATI ORA" e compilare i campi richiesti inserendo il codice riservato.

Salmoiraghi & Viganò è un'insegna del Gruppo EssilorLuxottica, leader mondiale nel design, produzione e distribuzione di occhiali da sole e da vista di elevata qualità tecnica e stilistica. Con oltre 250 negozi su tutto il territorio nazionale, la catena di ottica offre ai propri clienti un impegno costante, l'eccellenza di lenti e montature vista e sole e, grazie a ottici esperti e alle tecnologie più all'avanguardia, i migliori servizi per il benessere visivo.

GrandVision, anch'esso parte del gruppo EssilorLuxottica, è un retailer internazionale nel settore dell'ottica presente in più di 40 Paesi in tutto il mondo. In Italia GrandVision conta oltre 200 negozi e, grazie all'esperienza di ottici qualificati, offre le soluzioni visive più adatte ai propri clienti.

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA – PMA

E' possibile richiedere alla Centrale Operativa Unisalute (n. verde 800 009 643) la prenotazione delle prestazioni di PMA e l'invio alla struttura prescelta tra quelle convenzionate con Unisalute (v. sotto Elenco Strutture) di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe scontate, rispetto al listino normalmente previsto, riservate ai/alle Professionisti/e iscritti/e ad Ebipro.

L'applicazione delle tariffe convenzionate si intende applicata sia alle prestazioni effettuate in regime di ricovero/day hospital, sia alle prestazioni correlate/propedeutiche alla Procreazione Medica Assistita ed effettuate in regime ambulatoriale e/o extra-ospedaliero (quindi comprese le tariffe agevolate anche per le visite specialistiche e gli accertamenti).

Elenco strutture:

Villa Donatello – Firenze (denominato Centro Florence)

Clinica Ruesh – Napoli

Istituto clinico Humanitas – Milano

TEST SIEROLOGICO E TAMPONI PER COVID-19

E' possibile richiedere alla Centrale Operativa Unisalute l'invio alla Struttura convenzionata prescelta tra quelle facenti parte della rete, di un fax che consenta di ottenere l'applicazione di TARIFFE RISERVATE agli iscritti, con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Per usufruire di questa agevolazione è necessario:

Registrarsi alla piattaforma BeProf scaricando l'App BeProf (disponibile su App Store e Google Play) o accedendo a www.beprof.it;

Verificare di essere titolari di copertura, entrando nell'area "I MIEI SERVIZI";

Contattare la Centrale Operativa Unisalute per richiedere l'applicazione delle tariffe agevolate (numero verde 800 009 643 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30).

Contatti

Per tutte le informazioni sulle coperture, sui piani e per le modalità di richiesta delle prestazioni:



www.gestioneprofessionisti.it
gestioneprofessionisti@ebipro.it
Chat GP h24
Numero Verde 800 946 996

Per la registrazione alla piattaforma BeProf e per tutte le informazioni sui servizi offerti:



App BeProf
Chat online h24
www.beprof.it

Per informazioni sulle prestazioni erogate da Unisalute, per effettuare le prenotazioni e per conoscere le strutture convenzionate:



App Unisalute Up
www.unisalute.it
Numero Verde 800 009 643
Per chiamate dall'estero: +39 051 6389046