

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE



Guida
al Piano sanitario
Linea Ricovero



AI SOCI DI MUTUA SALUTE



MutuaSalute

PROMOSSA DALLA CNA PIEMONTE

Per tutte le prestazioni previste dal Piano sanitario
diverse dal Ricovero
consultare:

www.unisalute.it

Per tutte le prestazioni dell'area Ricovero è
opportuno contattare preventivamente il

Numero Verde

800-016632

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:

8,30 - 19,30 dal lunedì al venerdì

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

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

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna
fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Guida al Piano sanitario Linea Ricovero Iscritti Mutua Salute

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

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

Il Piano sanitario è stato realizzato da Mutua Salute in collaborazione con UniSalute S.p.A. (società di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. specializzata in assistenza sanitaria). Le prestazioni vengono gestite ed erogate da UniSalute S.p.A.

1.	SOMMARIO	
2.	BENVENUTO	6
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	6
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	6
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	7
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4.	SERVIZI ON-LINE FORNITI DA UNISALUTE	8
4.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'area clienti riservata?	8
4.2.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	9
4.3.	Come faccio a chiedere online il rimborso di una prestazione?	9
4.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto online e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	10
4.5.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.6.	Come posso ottenere pareri medici on-line?	10
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	11
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	11
6.1.	Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio	11
6.2.	Trasporto sanitario	13
6.3.	Day-hospital a seguito di malattia e infortunio	13
6.4.	Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio	13
6.5.	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	13
6.6.	Parto e aborto terapeutico e spontaneo	14
6.7.	Rimpatrio della salma	14
6.8.	Indennità sostitutiva	14
6.9.	Assistenza di personale specializzato	15
6.10.	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	15
6.11.	Stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo Socio titolare)	15
6.12.	Servizi di consulenza	21
7.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	21
8.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	23
8.1.	Persone non aventi diritto alle prestazioni	23
8.2.	Termini di aspettativa	24
8.3.	Interventi chirurgici/patologie particolari	24
8.4.	Inclusioni/esclusioni	25
8.5.	Estensione territoriale	26
8.6.	Limiti di età	26
8.7.	Gestione dei documenti di spesa	26
8.8.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	26
9.	CONTRIBUTI.....ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.	

2. BENVENUTO

Con la “Guida al Piano sanitario” intendiamo offrirti un utile supporto per la comprensione e l’utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirti un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della tua collaborazione.

All’interno della Guida troverai quindi l’indicazione delle modalità da seguire qualora tu debba utilizzare il Piano.

Ti consigliamo di attenerti a queste modalità, così da poterti assistere con la sollecitudine che ci è propria.

I nuovi servizi on-line offerti da UniSalute

Da oggi puoi accedere a tanti comodi servizi on-line, creati apposta per te, per semplificare e velocizzare al massimo tutte le tue operazioni: dalle tue richieste di rimborso, dall’aggiornamento dei tuoi dati, alla visualizzazione delle prestazioni del Piano. E tanto altro ancora. Per saperne di più consulta il capitolo 4 della presente Guida.

3. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha predisposto per i Soci un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private.

L’elenco, sempre aggiornato, è disponibile su www.unisalute.it nell’area riservata ai clienti o telefonando alla Centrale Operativa.

Tutti i centri garantiscono un’ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

Il Socio, utilizzando le strutture convenzionate, gode di vantaggi rilevanti:

- non deve sostenere alcun esborso di denaro (fatto salvo quanto previsto dal Piano alle singole coperture) poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano sanitario, la funzione di Prenotazione visite/esami presente nell’Area Riservata ai Clienti del sito www.unisalute.it che permette di sapere immediatamente se la prestazione che si sta prenotando è coperta dal Piano sanitario e conoscere quale struttura sanitaria convenzionata risponde meglio alle tue esigenze, oppure la Centrale Operativa contattabile mediante il numero verde indicato nel retro della copertina;

- l'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari che garantiscono alti livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata da UniSalute), il Socio dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute, provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie **autorizzate** con i limiti sopra enunciati.

Il Socio dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

Il Socio dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

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

Attenzione

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre verificare se il medico scelto è convenzionato con UniSalute. Basta utilizzare la funzione di Prenotazione visite/esami sul sito www.unisalute.it nell'Area Riservata ai Clienti. Questa funzione è estremamente utile perché permette di sapere in modo veloce se la prestazione richiesta è coperta dal Piano sanitario e conoscere quale struttura sanitaria convenzionata risponde meglio alle tue esigenze. In alternativa contattare la Centrale Operativa.

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Sono escluse dalle garanzie le prestazioni offerte da strutture non convenzionate con UniSalute.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi in termini di professionalità, comfort e qualità del servizio. Ma non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui il Socio decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., qualora sostenga delle spese per ticket sanitari, il Piano sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dal Socio. Per richiedere il rimborso occorre seguire le modalità descritte nel paragrafo precedente (3.2).

4. SERVIZI ON-LINE FORNITI DA UNISALUTE

L'utilizzo di internet ti permette di accedere a comodi servizi per velocizzare e semplificare al massimo tutte le tue operazioni di rimborso e di aggiornamento dei tuoi dati. In questa sezione ti presentiamo i servizi on-line a tua disposizione sul sito.

Sul sito www.unisalute.it è possibile accedere ad una serie di funzionalità riservate ai Soci, pensate appositamente per agevolarli nell'utilizzo del Piano sanitario.

- **verificare e aggiornare i propri dati e le proprie coordinate bancarie;**
- **richiedere i rimborsi e stampare il modulo di richiesta rimborso;**
- **verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso inviatici;**
- **consultare l'estratto conto on-line;**
- **consultare le prestazioni del proprio Piano sanitario;**
- **consultare l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate;**
- **ottenere pareri medici on-line.**

4.1. Come faccio a registrarli al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'area clienti riservata?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti che trovi sul sito www.unisalute.it.

Come faccio a registrarli al sito e a conoscere la mia Username e Password?

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

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

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

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

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

4.2. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Effettua il log-in al sito cliccando su Entra/Login e **accedi alla sezione "Aggiorna dati e denuncia sinistri"**. Successivamente è necessario selezionare la funzione di interesse.

In base alle tue esigenze puoi:

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

Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

4.3. Come faccio a chiedere online il rimborso di una prestazione?

Effettua il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi alla sezione "Aggiorna dati e denuncia sinistri"**. Successivamente è necessario selezionare la funzione di interesse.

La procedura è semplice e ti consente di **velocizzare i tempi di elaborazione dei documenti e quindi di rimborso**. Per permetterti un rapido e corretto caricamento dei documenti relativi alla richiesta di rimborso puoi consultare la guida online "come caricare i documenti" ed utilizzare le note posizionandoti con il puntatore del mouse sopra il simbolo .

Alla fine la procedura propone di stampare il Modulo di richiesta rimborso/denuncia del sinistro.

Per ottenere il rimborso ricordati di stamparlo e di inviarlo a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO, unitamente a copia di tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui richiedi il rimborso.

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

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi alla sezione "Estratto conto e rimborsi"**.

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

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

Puoi visualizzare tutte le informazioni di tuo interesse:

- quelle personali;
- quelle dell'anno passato per necessità fiscali;
- quelle in corso.

E' inoltre possibile visualizzare lo stato delle richieste di rimborso:

- pagate;
- non rimborsabili;
- in fase di lavorazione.

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

4.5. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi alla sezione "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

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

4.6. Come posso ottenere pareri medici on-line?

Nell'Area Clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici on-line, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

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

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano Sanitario è prestato a favore dei soci di Mutua Salute che non abbiano superato i 65 anni di età al momento dell'adesione, come da sezione **Alcuni chiarimenti importanti** (al punto 8.6 "Limiti di età"); il Piano sanitario è prestato anche a favore dei relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia, intendendo per tali il coniuge o convivente "more uxorio" ed i figli.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività della convenzione per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- parto e aborto terapeutico e spontaneo;
- stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo Socio titolare);
- servizi di consulenza.

6.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora il Socio venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con Unisalute, la copertura è prestata nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 20 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

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

Le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate alle strutture stesse direttamente da UniSalute con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 2.000,00 a carico del Socio, che dovrà essere versato dal Socio alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione, ad eccezione della copertura "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevede specifici limiti.

Per ottenere la liquidazione diretta da parte di UniSalute alla

struttura convenzionata è indispensabile che sia convenzionato anche il medico operante.

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

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico del Socio durante il ricovero. In questo caso, però, il Socio non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.8).

6.2. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto del Socio in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 2.600,00 per ricovero.

6.3. Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi 6.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

6.4. Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 6.1. "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e 6.2 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

6.5. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, il Piano sanitario copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

6.6. Parto ed aborto spontaneo

6.6.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”, “Accompagnatore”, “Post-ricovero”, e 6.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un massimo di € **5.200,00** per anno associativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”.

6.6.2 Parto non cesareo ed aborto spontaneo

In caso di parto non cesareo ed aborto spontaneo, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” punti “Intervento chirurgico”, “Assistenza medica, medicinali, cure”, “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “Post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al paragrafo 6.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, paragrafo “Post-ricovero”, e 6.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La copertura è prestata fino ad un massimo di € **2.100,00** per anno associativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura “Trasporto sanitario”.

6.7. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € **2.100,00** per anno associativo e per nucleo familiare.

6.8. Indennità sostitutiva

Il Socio, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € **200,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ricovero.

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

L'indennità verrà corrisposta anche in caso di day-hospital, per l'importo di € **100,00** al giorno per un periodo non superiore a **90** giorni per day-hospital.

6.9. Assistenza di personale specializzato

UniSalute rimborsa, in caso di ricovero domiciliare per malattia terminale, le spese per l'assistenza domiciliare continuativa ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie all'opo costituite o legalmente riconosciute.

La malattia terminale, intesa come malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza comportante la non autosufficienza, dovrà essere certificata in cartella clinica al momento delle dimissioni.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 110,00 al giorno con un massimo di 60 giorni dalla dimissione dall'Istituto di cura.

6.10. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a € **260.000,00** per anno associativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

6.11. Stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo Socio titolare)

6.11.1 Oggetto della copertura

Il Piano sanitario garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita al Socio quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 6.11.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea".

6.11.2 Condizioni di associabilità

Ai fini dell'operatività della copertura, i Soci non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non associabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi;
 - b) lavarsi;
 - c) vestirsi;
 - d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

6.11.3 Somma garantita

La somma mensile garantita nel caso in cui il Socio si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto 6.11.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea" corrisponde a € 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.

6.11.4 Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporanea il Socio il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);

- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente);

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

6.11.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di UniSalute

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

- a) chiamare il numero verde gratuito **800-016632** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: Unisalute S.p.A. - servizi di liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza del Socio, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente del Socio;
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora il Socio abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

Se lo stato di non autosufficienza é riconosciuto consolidato le coperture del Piano sanitario non si attivano.

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

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite il Socio o un suo rappresentante.

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

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 6.11.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo", se il Socio è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 6.11.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se il Socio è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

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

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

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

Unisalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza del Socio da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto del Socio al riconoscimento di quanto previsto dal Piano sanitario, con le modalità di cui ai punti 6.11.6 I) e 6.11.6 II) decorre dal momento in cui Unisalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo del Socio.

6.11.6 Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni del punto 6.11.4 “Definizione dello stato di non autosufficienza” dà diritto al Socio che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti al punto 6.11.3 “Somma garantita” - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti I) e II):

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l’esistenza di un rapporto di lavoro).

L’erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza del Socio.

I) Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora il Socio richieda l’attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere al Socio né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture previste dal Piano sanitario, eccedenti il limite di spesa annuo o non autorizzate da Unisalute.

II) Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Unisalute - Servizio Liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della copertura compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull’uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;

- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza del Socio e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente del Socio;
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora il Socio abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui il Socio sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante al Socio viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre il Socio, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

6.11.7 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante del Socio, a controlli presso il Socio e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute del Socio.

In caso di rifiuto da parte del Socio di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma garantita

potrà essere sospeso dalla data della richiesta di Unisalute.

6.12. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-016632** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

a) Pareri medici immediati

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

7. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

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

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Piano sanitario. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la copertura opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un

- difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
 3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
 4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario);
 5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
 6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
 7. i ricoveri causati dalla necessità del Socio di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche del Socio che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
 8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
 9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
 11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dal Socio;
 12. 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;
 13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
 14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

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

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

Limitatamente alle prestazioni previste al paragrafo 6.11 "Stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo Socio

titolare)” in aggiunta alle esclusioni sopraelencate, il Piano sanitario non è operante per le conseguenze:

1. di fatti volontari o intenzionali del Socio, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti;
2. di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
3. di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali il Socio ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
4. dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
5. di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici,, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l’alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
6. di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l’operatività del Piano sanitario);
7. di infortuni causati da azioni dolose compiute dal Socio;
8. delle terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
9. di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

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

8. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

8.1. Persone non aventi diritto alle prestazioni

Sono definite “persone non aventi diritto alle prestazioni” coloro le quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione del Piano sanitario;
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica e gravi scompensi del pancreas;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del Piano sanitario;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;

- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del Piano sanitario (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
 - Sieropositività all'HIV;
 - Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%
- e il Piano sanitario cessa con il loro manifestarsi qualora sia stato stipulato in presenza di una delle malattie sopraindicate.

8.2. Termini di aspettativa

La copertura decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto del Piano sanitario per gli infortuni ;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le malattie ;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per il parto e le malattie da puerperio;
- del 1° giorno del terzo anno associativo successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le patologie di cui al paragrafo 8.3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari", fermo quanto previsto al medesimo articolo.
- del 1° giorno del sesto anno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le infezioni da HIV.

Qualora il presente Piano sanitario sia stato emesso in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altro riguardante gli stessi Soci e identiche coperture, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto del Piano sanitario di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e per i limiti di spesa annui risultanti da quest'ultima;
- dal giorno di effetto del presente Piano sanitario, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano sanitario, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni garantite.

Nel caso di sostituzione di Piano sanitario che non preveda quanto disposto al paragrafo 8.3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari", rimane integralmente valido il contenuto dello stesso.

8.3. Interventi chirurgici/patologie particolari

Le seguenti patologie verranno considerate in copertura anche se in essere all'atto della sottoscrizione del Piano sanitario:

- Miopia
- Cataratta;
- Varici;

- Emorroidi;
- Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni (ad es. menisco, legamenti crociati);
- Meniscectomia
- Calcolosi renale ed epatica;
- Diabete;
- Insufficienza renale;
- Malattie a carico della tiroide;
- Ipertrofia prostatica;
- Ernie: tutti i tipi.

Per esse verranno tuttavia osservate le seguenti modalità risarcitorie:

- Indennizzabilità nei due anni dalla sottoscrizione del Piano sanitario con riconoscimento di un importo forfetario di € 255,00 per ogni intervento chirurgico/patologia, a meno che il Socio non dimostri, dietro presentazione di cartella clinica, che l'alterazione sia già stata affrontata chirurgicamente nella medesima sede e/o nel medesimo organo, nel qual caso le spese verranno liquidate secondo le disposizioni di cui al paragrafo 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio". Qualora il ricovero avvenga in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva prevista al paragrafo 6.8 "Indennità sostitutiva" per un massimo di 3 giorni.

Il Socio potrà in ogni caso avvalersi delle strutture sanitarie convenzionate con la Società con relativa applicazione delle tariffe concordate mantenendo le spese a proprio carico.

Oltre tale termine temporale, le patologie rientreranno a pieno titolo nelle coperture del Piano sanitario, sia nella forma di assistenza diretta sia nella forma rimborsuale.

8.4. Inclusioni/esclusioni

L'inclusione di familiari come definiti al capitolo 5 "Le persone per cui è operante la copertura", in un momento successivo alla decorrenza del Piano sanitario è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità associativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta a Unisalute la relativa comunicazione.

8.5. Estensione territoriale

Il Piano sanitario ha validità in tutto il mondo.

8.6. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato da tutti i soci di età compresa tra il 18 e 65 anni compiuti.

Il Piano sanitario cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 65° anno di età da parte del Socio titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del Socio titolare il Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il Socio titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 65° anno di età, il Piano sanitario cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a quel componente del nucleo familiare.

8.7. Gestione dei documenti di spesa

A) prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

Limitatamente allo stato di non autosufficienza, la documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere al Socio la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

8.8. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento dei Soci sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

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