



SaluteMia

**Società di Mutuo Soccorso
dei Medici e degli Odontoiatri**



Guida al Piano Sanitario LEONARDO

www.salutemia.net

info@salutemia.net

Tel: 06-21011350

Edizione ottobre 2023



Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario

consultare:

www.unisalute.it

24h su 24, 365 giorni l'anno

oppure contatta il

Numero verde

800.822.444

dall'estero: prefisso per l'Italia + **051.63.89.046**

orari:

08.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per Socio a:

SaluteMia – Commissione Paritetica – Via della Mercede, 33 - 00187 Roma

@mail: reclami@salutemia.net

PEC: sms-salutemia@pec.salutemia.net

Il reclamo dovrà contenere:

- 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**.

Grazie per la collaborazione.



Guida al Piano Sanitario LEONARDO

Il presente documento ha lo scopo di essere un agile strumento esplicativo dei Piani Sanitari su indicati.

In nessun caso il presente documento potrà sostituire il relativo Normativo tecnico della polizza assicurativa a garanzia delle prestazioni offerte nei Piani Sanitari che resta, pertanto, l'unico documento valido in combinato disposto con lo Statuto e il Regolamento di SaluteMia S.M.S. Il Normativo Tecnico di polizza è depositato presso la sede di SaluteMia.



Organigramma SaluteMia

- **PRESIDENTE** **PRADA GIANFRANCO**

- **VICE PRESIDENTE** **SCASSOLA MAURIZIO**

- **CONSIGLIERI:**
BARBIERI SERGIO
CHIAMENTI GIAMPIETRO
LAVECCHIA MARIO
SODANO LUIGI

- **SINDACO** **GASPARI UGO VENANZIO**

- **DIRETTORE** **MARCIANI GIAN PIERO**

- **AREA CONSULTING E SUPPORT:**
BONI ANNA
CAVALLETTI DONATELLA
COLOMBO EVA
MANGIA ANDREA
PEZZA STEFANIA
PONZO MONICA



1 SOMMARIO

1	SOMMARIO	5
2	BENVENUTO	6
3	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	6
3.1	Se scegli una struttura convenzionata	6
3.2	Se scegli una struttura non convenzionata	6
3.3	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	8
4	SERVIZI ONLINE	8
4.1	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area Riservata?	8
4.2	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	8
4.3	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	9
4.4	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	9
4.5	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	9
4.6	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.7	Come posso ottenere pareri medici?	10
4.8	L'app di UniSalute	10
4.8.1	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	10
4.8.2	Come faccio a prenotare online le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate?	11
4.8.3	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	11
4.8.4	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	11
5	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	12
6	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	12
6.1	Indennità sostitutiva	12
6.2	Alta Specializzazione	12
6.3	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	14
6.4	Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	14
6.5	Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici	15
6.6	Cure oncologiche	15
6.7	Prestazioni odontoiatriche particolari	16
6.8	Cure dentarie da infortunio	16
6.9	Stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni	17
6.9.1	Oggetto della garanzia	17
6.9.2	Condizioni di assicurabilità	17
6.9.3	Somma assicurata	18
6.9.4	Definizione dello stato di non autosufficienza	18
6.9.5	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte della società	18
6.9.6	Modalità di rimborso/riciesta di erogazione di servizi di assistenza	20
6.9.6.1	Erogazione diretta della prestazione di assistenza	20
6.9.6.2	Richiesta di rimborso spese	20
6.9.7	Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	21
6.10	Prestazioni a tariffe agevolate	21
6.11	Servizi di consulenza	21
7	PERSONE NON ASSICURABILI	22
8	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	22
9	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	24
9.1	Inclusioni/Esclusioni	24
9.2	Estensione territoriale	25
9.3	Limiti di età	25
9.4	Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)	25



2 BENVENUTO

Il presente documento è un utile supporto per conoscere e accedere alle prestazioni previste dal Piano Sanitario che hai sottoscritto.

I servizi online

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un'area riservata con pratiche funzioni online che rendono ancora più veloce e semplice accedere alle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni**.

3 COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

3.1 Se scegli una struttura convenzionata

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell'Area Riservata, cui si accede utilizzando le credenziali dell'Iscritto nucleo o telefonando alla Centrale Operativa. È sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa, ad eccezione di quanto previsto dalle singole prestazioni, perché il pagamento delle stesse avverrà direttamente tra la Società e la struttura convenzionata. Per alcune prestazioni potrebbe essere previsto una compartecipazione al costo delle stesse, in termini di importo in euro (nel caso di applicazione di franchigia) oppure in percentuale del costo totale (nel caso di scoperto);
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

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

La Società pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario.

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, utilizza la funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it nell'Area Riservata, è comodo e veloce!

3.2 Se scegli una struttura non convenzionata

Indichiamo di seguito la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto nelle singole coperture del Piano Sanitario.



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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a **SaluteMia - Via della Mercedes, 33 - 00187 Roma**, la documentazione necessaria.

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

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

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

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

Ai fini di una corretta valutazione della richiesta di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata e previa consegna della documentazione di cui sopra.

É bene sapere che dovrai consentire controlli medici eventualmente disposti dalla Società e fornire allo stesso ogni informazione sanitaria relativamente alla malattia denunciata, anche mediante il rilascio di una specifica autorizzazione la quale serve per superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

SaluteMia liquiderà il pagamento di quanto spettante all'Iscritto dalla avvenuta ricezione della documentazione sanitaria completa (ove previsto dal Piano sanitario). In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Iscritto al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.



3.3 Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

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

In alternativa, invia a **SaluteMia - Via della Mercedes, 33 - 00187 Roma**, la documentazione necessaria.

4 SERVIZI ONLINE

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

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

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

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

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

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

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri. Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

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

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

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

Accedi all'Area Riservata e accedi **alla funzione "Prenotazione"**.

In base alle tue esigenze puoi:

- Chiedere la prenotazione comunicando le tue disponibilità;
- prenotare in autonomia e comunicare l'appuntamento;
- visualizzare tutti i dettagli relativi alla tua prenotazione;



- disdire o cambiare una prenotazione.



Prenotazione veloce

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

4.3 Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area Riservata e **accedi all'area "Aggiorna dati"**. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo;
- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

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

4.4 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

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



Richiesta rimborso online

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

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **SaluteMia - Via della Mercedes, 33 - 00187 Roma**.

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

Entra nell'Area Riservata e **accedi alla sezione "Estratto conto"**.

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

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

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



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

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

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

4.7 Come posso ottenere pareri medici?

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

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

4.8 L'app di UniSalute

Con **Unisalute Up**, la nuovissima app di UniSalute, puoi:

- **prenotare visite ed esami** presso le strutture sanitarie convenzionate: puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia la prestazione che ti serve;
- **visualizzare l'agenda con i prossimi appuntamenti** per visite ed esami, modificarli o disdirli;
- **chiedere il rimborso delle spese** per le prestazioni caricando semplicemente la foto della tua fattura e dei documenti richiesti per il rimborso;
- **consultare l'estratto conto** per verificare lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso. E' possibile anche integrare la documentazione con i documenti mancanti se richiesto da UniSalute
- **ricevere notifiche in tempo reale** con gli aggiornamenti sugli appuntamenti e sulle richieste di rimborso
- **accedere alla sezione Per Te** per scoprire per leggere le news e gli articoli del Blog InSalute

4.8.1 Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

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

Una volta scaricata puoi registrarti in pochi semplici passi.

Se sei già registrato sul sito www.unisalute.it puoi utilizzare le stesse credenziali di accesso!

UniSalute PER TE

Accedi alla sezione PER TE per leggere news e articoli del Blog InSalute: sarai sempre aggiornato sui temi che riguardano la salute e il benessere!



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

Attraverso l'app puoi prenotare presso le strutture convenzionate solo visite e/o esami.

Una volta entrato nell'app compila in modo rapido l'apposito form su **"Prenotazioni"** e visualizza tutti i dettagli relativi alla prenotazione.

Puoi chiedere a UniSalute di prenotare per conto tuo oppure, grazie alla nuova funzione, puoi prenotare in autonomia l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata e poi comunicarlo velocemente a UniSalute

In tutti i casi UniSalute verifica in tempo reale se la prestazione che stai prenotando è coperta o meno e ti avvisa immediatamente.

Tieni monitorati tutti i tuoi appuntamenti!

Nella sezione APPUNTAMENTI puoi visualizzare l'agenda con i tuoi prossimi appuntamenti per le prestazioni sanitarie prenotate.

Potrai modificarli o disdirli direttamente da qui!

4.8.3 Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Puoi richiedere tramite l'app i rimborsi per le prestazioni sanitarie sostenute semplicemente caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti in tre semplici step.

Al termine del caricamento visualizzerai il riepilogo dei dati inseriti per una conferma finale.

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

Nell'omonima sezione puoi consultare l'estratto conto per verificare lo stato di lavorazione delle tue richieste di rimborso. È possibile infatti visualizzare lo stato dei sinistri pagati, non liquidabili o in fase di lavorazione e consultare tutti i documenti inviati.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale e sarai informato sull'iter del rimborso grazie a tempestive notifiche.

Per ogni documento sono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. In ogni caso, per ogni importo non rimborsato, sarà indicata la motivazione della mancata liquidazione.

Se è necessario inviare ulteriore documentazione per ultimare la valutazione e procedere al rimborso, potrai integrare la pratica con i documenti mancanti semplicemente caricando una foto.

Integra la documentazione mancante

Nella sezione **"concludi"** puoi visualizzare le pratiche non liquidabili per le quali è necessario l'upload di documentazione integrativa.

Puoi inviare i documenti mancanti, chiedendo così lo sblocco della pratica, semplicemente caricando una foto!



5 LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è prestata a favore degli Studenti Iscritti alla Fondazione ENPAM.

6 LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese di ricovero sostenute dall'Iscritto per:

- indennità giornaliera;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure oncologiche;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure dentarie da infortunio;
- stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni;
- prestazione a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

6.1 Indennità sostitutiva

In caso di ricovero in istituto di cura, con o senza intervento chirurgico, reso necessario anche da Parto Naturale, Parto Cesareo, Aborto Terapeutico o spontaneo, l'Iscritto avrà diritto a un'indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **90** giorni per ogni ricovero.

La garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata, ed è valida anche nel caso di ricovero in regime di day hospital.

6.2 Alta Specializzazione

In deroga a quanto previsto all'art. "Casi di non operatività del Piano" al punto 17, il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica:

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr



- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti:

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie:

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia
- Laserterapia a scopo fisioterapico

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'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 30,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.



Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 40% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per persona per la prestazione "Laserterapia a scopo fisioterapico" è previsto un sottomassimale di € 500,00 per anno/persona.

6.3 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 30,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 40% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per persona.

6.4 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il Piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso,



sempreché siano prescritte da medico “di famiglia” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

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 si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto del **45%** con il minimo non indennizzabile di **€ 70,00** per fattura/persona.

Nel caso in cui l’Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell’Iscritto.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate
corrisponde a € 500,00 per persona.**

6.5 Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l’acquisto di protesi ortopediche e acustiche. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici ed acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodii, plantari, apparecchi acustici, ecc.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del **20%** con un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per fattura/persona.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate
corrisponde a € 1.000,00 per persona.**

6.6 Cure oncologiche

In deroga a quanto previsto all’art. “Casi di non operatività del Piano” al punto 17 il Piano sanitario, nei casi di malattie oncologiche, liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

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'Isritto si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate
corrisponde a € 5.000,00 per persona.**

6.7 Prestazioni odontoiatriche particolari

In deroga a quanto previsto all'art. "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno unicamente in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Nel caso in cui l'Isritto abbia un'età maggiore o uguale a 15 anni rientra esclusivamente in copertura:

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni**, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

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

La garanzia è prevista unicamente presso strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società, e le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

6.8 Cure dentarie da infortunio

In deroga a quanto previsto all'art. "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Piano sanitario liquida all'Isritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:



- radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

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 di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 100,00** per fattura/persona.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, SaluteMia rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

**Il massimale annuo a disposizione per il complesso delle suddette prestazioni
corrisponde a € 1.500,00 per persona.**

6.9 Stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni

6.9.1 Oggetto della garanzia

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

6.9.2 Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere limitazioni 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 medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.



4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica

6.9.3 Somma assicurata

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Isritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" corrisponde a **€ 500,00** da corrispondersi per una durata massima di **6 mesi**.

6.9.4 Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Isritto 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:
 - dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
 - oppure
 - di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

6.9.5 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea da parte della società

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

a) chiamare il numero verde gratuito **800-822444** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre ai fini della valutazione medica finale;

b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: **SaluteMia - Via della Mercedes, 33 - 00187 Roma** - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Isritto, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine



incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Isritto
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare 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 è riconosciuto consolidato le garanzie di polizza 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 l'Isritto o un suo rappresentante.

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

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

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

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

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

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

Il diritto dell'Isritto al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli



EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA e RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'Isritto.

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

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Isritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo "Somma assicurata" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA e RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE:

- 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 dell'Isritto.

6.9.6.1 Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Isritto 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 all'Isritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Isritto o non autorizzate dalla Società.

6.9.6.2 Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: **SaluteMia - Via della Mercedes, 33 - 00187 Roma** - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Isritto 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 dell'Isritto
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
- Qualora l'Isritto abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.



Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui l'Isritto 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 all'Isritto viene effettuato su presentazione della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Isritto, a fronte di specifica richiesta da parte di SaluteMia, 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.

6.9.7 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Isritto, a controlli presso l'Isritto 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 dell'Isritto.

In caso di rifiuto da parte dell'Isritto di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

6.10 Prestazioni a tariffe agevolate

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Isritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Isritti UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

6.11 Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822444** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

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;
- medicinali: 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 la Società.



c) Pareri medici immediati

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

7 PERSONE NON ASSICURABILI

Sono definite “persone non assicurabili” coloro le quali abbiano sofferto o soffrano alla data di effetto della garanzia di almeno una delle seguenti patologie, o rientrino in almeno una delle sotto elencate casistiche:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica; Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- 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 della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- 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;
- Essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%, salvo quanto previsto all'art. per quanto attiene l'operatività specifica della garanzia “Stati di non autosufficienza temporanea per Iscritti con età minima 18 anni”;
- Stato di non autosufficienza temporanea o permanente alla data di attivazione del presente piano sanitario.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie o condizioni sopra indicate.

8 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Si intendono escluse dalla copertura le spese per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;



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 contratto);
5. i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Isritto 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 conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. 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;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Isritto con dolo o colpa grave;
14. 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;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
16. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
17. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
18. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
19. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza temporanea per Isritti con età minima 18 anni", l'assicurazione non è operante per le conseguenze:

- di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Isritto con dolo o colpa grave;
- di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;



- di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l’Iscritto ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 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;
- del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l’Iscritto di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- 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 contratto);
- di partecipazione attiva dell’Iscritto ad atti criminali;
- di infortuni causati da azioni dolose compiute dall’Iscritto;
- delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d’aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
- di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- dirette o indirette di pandemie.

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

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

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

9 ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1 Inclusioni/Esclusioni

1) Inserimento di nuovi iscritti in data successiva all’effetto di polizza

Le inclusioni di iscritti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove iscrizioni..

2) Cessazione dell’iscrizione

Nel caso di cessazione dell’iscrizione, l’ex-titolare viene mantenuto nella garanzia sino alla prima



scadenza annuale successiva.

9.2 Estensione territoriale

Il Piano Sanitario ha validità in tutto il mondo.

9.3 Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fintanto che l'Iscritto sia iscritto alla Fondazione ENPAM in qualità di studente e comunque non oltre i **40** anni di età.

9.4 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate

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